FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1923 N° 25

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BERNARD FREY

INTERNE A L'ASILE DE ROUFFACH

NÉ A MULHOUSE (HAUT-RHIN)

LE 7 MAI 1889

CONCEPTIONS DE KRÆPELIN ET CONCEPTIONS FRANÇAISES CONCERNANT LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES

ÉTUDE COMPARÉE

PRÉSIDENT : M. PFERSDORFF, PROFESSEUR

SOCIÉTÉ ALSACIENNE D'EDITION (ALSATIA), S. A., COLMAR.

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1923 N° 25.

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BERNARD FREY

INTERNE A L'ASILE DE ROUFFACH

NÉ A MULHOUSE (HAUT-RHIN)

LE 7 MAI 1889

CONCEPTIONS DE KRÆPELIN ET CONCEPTIONS FRANÇAISES CONCERNANT LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES

ÉTUDE COMPARÉE

PRÉSIDENT : M. PFERSDORFF, PROFESSEUR

SOCIÉTÉ ALSACIENNE D'EDITION (ALSATIA), S. A., COLMAR.

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ✪ I.
Assesseur		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✻ ✪ I.
Physiologie		N....
Physique biologique		WEISS O. ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✪ A.
Pharmacologie et Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène et Bactériologie		BORREL O. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ A.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ✪ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ A.
Clinique oto-rhinolarynologique		N....
Clinique gynécologique et accouchements		SCHICKELÉ ✪ A.

Chargés de cours :

MM.	ARON MAX ✪ A.	KELLER ✪ A.
	BELLOCQ ✪ A.	LICKTEIG ✪ A.
	BLUM Paul ✻ ✪ I.	WEILL ✪ A.
	CANUYT	REEB ✪ A.
	GELMA ✪ A.	ROHMER ✪ A.
	GÉRY ✪ A.	SCHÆFFER ✪ A.
	BOEZ	SCHWARTZ ✪ A.
	GUNSETT ✪ A.	VAUCHER ✪ A.
	HANNS ✻ ✪ A.	FONTÈS
	HUGEL ✪ A.	HUMBERT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

Chirurgien-Accoucheur honoraire des hôpitaux civils de

Mulhouse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548028_0032

AVANT-PROPOS.

C'est après avoir exercé pendant deux ans les fonctions d'interne à l'asile de Rouffach que nous est venu l'idée d'entreprendre le travail qui va suivre.

Nos asiles d'Alsace sont des lieux éminemment propices pour l'étude comparée des psychiatries française et allemande. Les deux écoles s'y entrechoquent continuellement du fait que les observations de la plupart des malades ont été commencées par des médecins allemands, puis reprises par des aliénistes français. Il en résulte un certain désarroi, surtout sensible pour l'élève débutant.

Si nous avons fini par nous orienter dans une certaine mesure dans le chaos résultant de la rencontre des deux psychiatries, nous le devons d'abord à nos chefs de l'asile de Rouffach, qui avec beaucoup de bienveillance et de patience nous ont initié aux conceptions françaises ; ensuite à la présence à la bibliothèque de l'asile des principaux ouvrages de la psychiatrie allemande avec la possibilité de les lire dans le texte.

Les difficultés principales une fois surmontées il nous a paru intéressant de fixer les résultats acquis, dans une étude comparative, n'ayant bien entendu pour objet qu'un domaine limité de la psychiatrie. Nous avons choisi le domaine des délires systématisés chroniques, parce que ces psychoses soulèvent les questions les plus intéressantes. Comme nous ne pouvions entreprendre l'étude des nombreuses écoles psychiatriques d'Outre-Rhin, nous avons décidé de ne prendre en considération que les idées de Kraepelin, qui est encore maintenant le représentant le moins discuté de la psychiatrie allemande, et dont la doctrine était suivie avant la guerre par les médecins allemands de l'asile de Rouffach.

Notre but est donc l'étude des conceptions kraepeliniennes sur les psychoses réunies chez nous sous le nom de délires systématisés chroniques, et leur comparaison avec les conceptions françaises.

Pour ce travail nous nous en sommes rapportés à la huitième édition de la « Psychiatrie » de Kraepelin, après nous être assurés que dans sa dernière édition (1921) l'auteur n'a pas sensiblement modifié sa doctrine.

Quoiqu'ainsi limité notre sujet nous parait encore bien vaste et bien ardu. Nous n'aurions pas osé l'aborder sans les encouragements et les conseils bienveillants de Monsieur le Professeur Pfersdorff, si bien placé par sa connaissance approfondie des deux écoles, pour nous diriger dans ce travail.

Monsieur le Professeur Pfersdorff a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

Nous remercions également Monsieur le Docteur Brissot, médecin directeur de l'asile de Rouffach, ainsi que Messieurs les Docteurs Prince, Jabouille et Adam, médecins-chefs, de la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner depuis notre entrée à l'asile. Ils peuvent être assurés de notre affection et de notre entier dévouement.

Nous garderons le souvenir le plus reconnaissant et le plus affectueux de nos camarades, le Dr. Jurascheck, MM. Moritz et Mehlinger, internes à l'asile de Rouffach. Par les nombreuses questions, qu'ils nous ont posées, par les discussions qu'ils ont soulevées à maintes reprises à la table de l'Internat, ils ont contribué, indirectement, mais d'une façon très précieuse à l'élaboration de ce travail.

Étude théorique.

CHAPITRE PREMIER.

DÉFINITION DES PSYCHOSES KRAEPELINIENNES CORRESPONDANT AUX DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES FRANÇAIS.

Dans la psychiatrie de Kraepelin les délires systématisés chroniques ne forment pas comme dans la plupart des classifications françaises un groupe spécial étudié à part sous une même rubrique. Nous y trouvons néanmoins la description d'états qui correspondent à peu près exactement aux délires systématisés chroniques de l'Ecole française. Ces états, on les trouve décrits dans trois chapitres du traité de Kraepelin, les chapitres de la paranoïa, de la démence précoce et de la paraphrénie. Actuellement on peut dire que toute psychose comportant le diagnostic français de délire systématisé chronique sera rangée par l'Ecole kraepelinienne soit dans la paranoïa, soit dans les formes paranoïdes de la démence précoce, soit dans les paraphrénies.

Avant d'entrer dans plus de détails il importe d'expliquer le sens exact de ces dénominations. C'est ce que nous allons essayer de faire dans ce chapitre.

Pour plus de clarté nous le diviserons en trois paragraphes, dont voici les titres :

A. La Paranoïa.

B. Les formes systématisées de la Démence précoce paranoïde.

C. Les Paraphrénies.

A. LA PARANOIA.

Au début de son chapitre sur la paranoïa (Psychiatrie, tome IV p. 1707), Kraepelin fait un résumé de l'histoire de cette conception. Nous en donnerons ici un aperçu, à la suite duquel il nous sera possible de formuler la définition de la paranoïa kraepelinienne.

Dans la première moitié du XIX[e] siècle tous les troubles caractérisés par l'existence d'idées délirantes étaient réunis en Allemagne sous le nom de «Verrücktheit». A cette époque on admettait avec Griesinger une seule forme de folie évoluant en plusieurs phases, phase mélancolique, phase maniaque, phase de délire partiel, phase de délire généralisé, phase démentielle. Il n'existait par conséquent pas de délire primitif. Tout délire était secondaire, succédant aux deux premières phases de la folie.

En 1863 Kahlbaum remplaça le terme de «Verrücktheit» par celui de « Paranoia ». Vers la même époque on commença à admettre l'existence de délires primitifs.

La dénomination de « Primäre Paranoia » servit alors à désigner toutes les maladies mentales, dans lesquelles les troubles du jugement semblaient être primitifs. On opposait ces psychoses à celles, dans lesquelles les troubles affectifs occupaient la première place, c. à. d. à la manie et à la mélancolie.

La paranoïa primaire ainsi entendue était alors considérée comme une affection essentiellement chronique et incurable, présentant toujours un délire plus ou moins systématisé.

Deux faits contribuèrent à donner à l'entité de la paranoïa une extension exagérée.

Ce fut d'abord l'apparition de la notion de paranoïa aiguë, qui eut pour conséquence de faire englober dans la paranoïa une quantité d'accès délirants aigus absolument dissemblables, comme les délires alcooliques et les délires infectieux.

Si le terme de paranoïa cessa à un moment donné d'impliquer la notion de chronicité, il continua par contre à sous-entendre celle de systématisation délirante. Seulement, pour les besoins de la cause, on supposa l'existence d'un système là où en réalité il n'y en avait aucun.

L'hypothèse accréditée alors, que tout délire comportait un système, fut la deuxième raison pour laquelle le terme de paranoïa prit une extension excessive.

Lorsque le système n'était pas apparent c'était, disait-on, que le malade s'abstenait de l'extérioriser, ou que le système existant au début de la maladie s'était désagrégé au bout d'un temps plus ou moins long. Dans ce cas il s'agissait d'un « ancien paranoïaque » qui selon la remarque de Kraepelin pouvait être très jeune. Un adolescent atteint de démence précoce avec délire incohérent pouvait être considéré comme un « ancien paranoïaque », dont le système délirant s'était dissocié.

On comprendra facilement qu'à l'époque dont nous parlons les asiles d'Allemagne regorgeaient de paranoïaques. Dans certains établissements ils atteignaient la proportion de 70 à 80 0/0 de la population.

Le groupe trop vaste de la paranoïa ne tarda pas à se désagréger. Nous allons suivre avec Kraepelin son démembrement progressif.

Peu à peu on se rendit compte que pour certains délires essentiellement incohérents et fugaces dès le début, il ne pouvait être question de systématisation. On admit l'existence de délires non systématisés, qu'il devint impossible de réunir sous la même dénomination que les autres.

On se décida aussi à n'appeler paranoïa que les délires évoluant d'une façon chronique. Ainsi furent éliminés les délires infectieux, les délires alcooliques et d'autres encore.

Le terme de paranoïa cessa d'englober tous les délires pour ne plus comprendre que les *délires systématisés chroniques*.

On s'aperçut bientôt que le groupe ainsi délimité était loin d'être homogène. Dans un certain nombre de cas le délire était accompagné de troubles psycho-sensoriels variés. Dans d'autres il était basé sur des interprétations délirantes et des erreurs du souvenir.

La dénomination de «Halluzinatorische Paranoia» fut réservée aux premiers, le terme de «Kombinatorische Paranoia» aux seconds.

En étudiant l'évolution de ces deux formes de paranoïa on reconnut que la plupart des formes hallucinatoires pré-

sentaient un délire imparfaitement systématisé et «aboutissaient souvent assez rapidement à un état d'affaiblissement psychique caractérisé par l'étrangeté des idées délirantes, l'incohérence et l'apathie». Cette évolution se distinguait singulièrement de celles des formes interprétatives, qui ne se terminaient presque jamais par un état d'affaiblissement psychique.

Dès lors il parut impossible de conserver le même nom à des affections ayant une evolution et une terminaison aussi différentes.

Les délires imparfaitement systématisés et évoluant plus ou moins rapidement vers un état d'affaiblissement psychique furent rejetés du cadre de la paranoïa et réunis sous le nom d'affections paranoïdes (affections ressemblant à la paranoïa par la prédominance du délire).

La dénomination de paranoïa fut réservée exclusivement aux formes à évolution très lente et n'aboutissant pas à un état d'affaiblissement psychique.

La multiplicité des interprétations délirantes et l'absence des hallucinations dans ce dernier groupe furent bien notées, mais il ne semble pas qu'en Allemagne on se soit servi de ces données pour caractériser l'affection. Les caractères évolutifs furent considérés comme les plus importants.

En résumé le terme de paranoïa cessa de comprendre tous les délires systématisés chroniques et ne servit plus qu'à désigner *les délires systématisés chroniques sans affaiblissement psychique terminal.*

Des considérations étiologiques firent limiter encore l'extension de la paranoïa. Certains délires systématisés chroniques pouvaient être ramenés à des causes exogènes, soit toxiques (alcoolisme, syphilis), soit psychiques (détention, suggestion). Ils furent détachés de la paranoïa qui devint donc un *délire systématisé chronique endogène sans affaiblissement psychique terminal.*

Il importe ici d'expliquer le sens précis du mot «endogène» chez Kraepelin.

Il serait fastidieux de citer tous les textes que nous avons consultés pour élucider ce point.

Nous croyons ne pas travestir la pensée de l'auteur en disant que pour lui les psychoses endogènes sont celles, dont la cause réside moins dans l'action d'un agent externe quel-

conque, toxique ou psychique, que dans une prédisposition congénitale (Ps. t. II. p. 15—18).

Les psychoses endogènes proprement dites sont celles qui résultent essentiellement d'une prédisposition congénitale. Kraepelin les appelle psychoses constitutionnelles et range parmi elles la paranoïa, la psychose maniaque-dépressive, l'hystérie etc.

A côté de ces psychoses endogènes pures il y en a d'autres, dont l'origine résiderait à la fois dans une prédisposition spéciale et dans des perturbations internes accidentelles, dont la nature nous est inconnue, et qui pourraient consister en des troubles de la nutrition ou en des auto-intoxications. Kraepelin range parmi ces dernières la démence précoce.

Nous proposerons donc les définitions suivantes :

Psychoses endogènes : Psychoses dues plutôt à une prédisposition congénitale qu'à l'action des agents extérieurs.

Elles comprennent deux groupes :

1) Psychoses constitutionnelles : Psychoses, dont la cause réside essentiellement dans une prédisposition congénitale.
2) Psychoses endogènes accidentelles : Psychoses, dont la cause réside dans des perturbations internes accidentelles chez des sujets prédisposés.

Pour définir la paranoïa d'une façon plus précise encore nous dirons qu'elle est un *délire systématisé chronique constitutionnel sans affaiblissement psychique terminal.*

En résumé on peut dire qu'au cours de la deuxième moitié du 19e siècle la compréhension du terme paranoïa est devenue de plus en plus étendue, tandis que son extension se restreignait en conséquence.

Voici ses significations successives :

1) *Délire primitif*
2) Délire *systématisé chronique*
3) Délire systématisé chronique, *sans affaiblissement psychique terminal.*
4) Délire systématisé chronique *endogène,* sans affaiblissement psychique terminal.
5) Délire systématisé chronique *constitutionnel,* sans affaiblissement psychique terminal.

Cette dernière conception est celle qui aujourd'hui encore est admise par l'Ecole de Munich.

B. LES FORMES SYSTÉMATISÉES DE LA DÉMENCE PRÉCOCE PARANOIDE.

Le démembrement de l'ancienne paranoïa eut pour conséquence de transformer en psychoses autonomes un certain nombre d'états psychopathiques, qui primitivement y étaient contenus. Parmi celles-ci il en est, qui nous intéressent particulièrement à cause de leurs rapports avec les délires systématisés chroniques français ; ce sont les affections paranoïdes, c'est à dire ces délires caractérisés essentiellement par leur faible organisation, leur évolution démentielle relativement rapide, et accessoirement par l'existence de troubles psycho-sensoriels.

Quelques-unes de ces affections paranoïdes sont exogènes, c. à. d. qu'elles sont sous la dépendance directe d'un agent extérieur.

Les autres sont considérées par Kraepelin comme endogènes accidentelles, c. à. d. comme des psychoses conditionnées par une prédisposition morbide, à laquelle s'adjoint une cause interne inconnue, peut-être une auto-intoxication.

Kraepelin remarqua que le plus grand nombre d'entre elles aboutissait au bout de peu d'années à un affaiblissement psychique spécial avec troubles autonomes de l'affectivité et de la volonté. Il en résultait un état, qu'il appelle «Zerfall der Persönlichkeit», c. à. d. une dissociation de la personnalité ou, plus simplement une dissociation. — Etant donné qu'au cours de cette étude le terme de «dissociation» reviendra bien des fois nous dirons tout de suite que Kraepelin entend par là la diminution ou la perte de la coordination intrapsychique.

S'étant rendu compte que les affections paranoïdes endogènes aboutissaient presque toujours à un état discordant, considéré par lui comme caractéristique de la démence précoce, il crut devoir les ranger à côté des délires à début incohérent, dans la démence précoce, et constitua ainsi le vaste groupe des formes paranoïdes de cette maladie.

Les formes systématisées de ce groupe sont donc des *délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation plus ou moins généralisée.*

C. LES PARAPHRÉNIES.

En observant de nombreux cas primitivement qualifiés de démence précoce paranoïde, Kraepelin remarqua que cer-

tains d'entre eux, malgré de nombreuses ressemblances avec la démence précoce, s'en distinguaient cependant par le développement beaucoup moins important des troubles autonomes de l'affectivité et de la volonté.

«Il en résultait que jusqu'à un âge très avancé, les sujets ne présentaient aucun symptôme de dissociation, ou du moins que la perte de la coordination intrapsychique se limitait chez eux à certains troubles du jugement.» (Ps. t. III. p. 973).

En 1912 Kraepelin proposa de réunir ces cas dans un groupe spécial sous le nom de «Paraphrénies». Nous n'avons pu trouver dans son traité de psychiatrie la définition exacte de ce terme. Elle y est cependant virtuellement contenue, et nous allons essayer de la dégager, en nous efforçant de ne point trahir la pensée de l'auteur. Nous avons d'abord cru comprendre que les paraphrénies étaient des délires systématisés chroniques endogènes accidentels sans dissociation. — La lecture attentive des textes (Ps. t. III p. 667—668, p. 973) nous a montré, qu'il faut remplacer les mots «sans dissociation» par ceux de «avec dissociation limitée».

Cette modification est importante. En effet, l'adoption du premier attribut aurait pour conséquence d'établir une distinction de nature entre la paraphrénie et la démence précoce, cette dernière maladie étant précisément caractérisée par l'existence de la dissociation. Or Kraepelin, tout en s'abstenant prudemment d'une affirmation catégorique, semble vouloir n'établir pour le moment entre la paraphrénie et la démence précoce qu'une différence de degré.

En tout cas, les deux maladies sont étudiées dans un même chapitre intitulé «Les processus démentiels endogènes» (Die endogenen Verblödungen).

La paraphrénie est la variété caractérisée par l'absence ou la rareté des troubles autonomes de l'affectivité et de la volonté, et par la prédominance du délire qui témoigne à lui tout seul d'un certain degré d'incoordination psychique. Si l'on veut, c'est la variété dans laquelle la dissociation est localisée surtout dans le domaine du jugement. La démence précoce paranoïde au contraire est la variété dans laquelle la dissociation intéresse non seulement le jugement, mais aussi l'affectivité et la volonté.

Les paraphrénies sont donc des *délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée.*

Kraepelin distingue actuellement quatre formes de la paraphrénie qui sont :

1°) La paraphrénie systématique :

Evolution systématique en 4 phases — dépression — délire de persécution — délire de grandeur — affaiblissement psychique avec dissociation très atténuée.

Hallucinations de l'ouïe prédominantes surtout pendant la période d'état.

2°) La paraphrénie expansive :

Prédominance du délire ambitieux et de l'euphorie. Evolution lente, continue et uniforme vers un état d'affaiblissement psychique avec dissociation très atténuée.

Hallucinations de tous les sens.

3°) La paraphrénie fabulatrice :

Prédominance des paramnésies et des confabulations. Hallucinations de l'ouïe peu fréquentes (Ps. t. III. p. 1003). Evolution continue vers un état d'affaiblissement psychique avec dissociation atténuée.

4°) La paraphrénie fantasque :

Extravagance, incohérence et instabilité des idées délirantes avec paramnésies et hallucinations de tous les sens. Lucidité malgré l'incohérence du délire. Evolution continue parfois assez rapide vers un état d'affaiblissement psychique (souvent analogue à celui de la démence précoce).

Résumons en peu de mots ce qui vient d'être dit dans ce chapitre.

Les psychoses kraepeliniennes susceptibles de correspondre aux délires systématisés chroniques de l'Ecole française sont au nombre de trois, la paranoïa, la démence précoce paranoïde (forme systématisée), la paraphrénie.

Voici leurs définitions :

I. Paranoïa :

Délire systématisé chronique constitutionnel sans affaiblissement psychique terminal.

II. Formes systématisées de la Démence précoce paranoïde : Délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation plus ou moins généralisée.

III. Paraphrénies :

Délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée.

La paranoïa diffère des délires endogènes accidentels par sa nature purement constitutionnelle et par l'absence de dissociation.

Entre les deux variétés de délires endogènes accidentels il n'y qu'une différence de degré.

Cette interprétation de la théorie des paraphrénies est loin d'être admise partout. Les passages suivants empruntés à différents auteurs donneront une idée de la variété des opinions qui règnent à ce sujet.

Halberstadt[1]) écrit en 1913 : «Les formes paranoïdes de la démence précoce englobent certains états délirants plus ou moins systématisés, dont la parenté avec la schizophrénie n'est pas aussi étroite pour qu'une séparation définitive n'ait pas été considérée par bien des aliénistes comme désirable, sinon facilement réalisable. En juin 1912, dans un discours important, Kraepelin a lui-même déclaré qu'il s'agissait là d'une nécessité, et il a jeté les bases du groupe des paraphrénies.»

Plus loin cet auteur propose la définition suivante de la paraphrénie : «Psychose endogène, caractérisée essentiellement par un délire de systématisation variable ; cette psychose évolue d'une manière chronique et présente, à un moment donné de son évolution, un état d'affaiblissement psychique de degré variable, mais de nature différente de celui de la démence précoce.»

Sérieux et Capgras[2]) s'expriment ainsi : «Kraepelin sépare les délires systématisés chroniques en délires non hallucinatoires et en délires hallucinatoires. Aux premiers seuls il réserve le nom de paranoïa. Il classait autrefois les seconds dans la démence paranoïde, variété de la démence précoce, qui comprenait ainsi le délire chronique de Magnan.

---

[1]) Halberstadt : Contribution à l'étude des paraphrénies. — Archives de Neurologie. Décembre 1913. Vol. III. II[e] Série p 341 et 345.

[2]) Sérieux et Capgras : Délires systématisés chroniques. — Du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1921). Psychiatrie. t. I. p. 235.

Aujourd'hui, tout en signalant leurs affinités avec la démence précoce, il les en sépare plus nettement sous le nom de paraphrénies.»

Deny[1]) en parlant de la démence paranoïde écrit ce qui suit :

Les auteurs qui continuent à décrire une forme paranoïde de la démence précoce — quelques-uns l'ont complètement supprimée — n'y font plus figurer que les délires polymorphes des dégénérés à systématisation nulle ou seulement ébauchée, qui évoluent rapidement vers un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés. — Quant aux délires systématisés chroniques hallucinatoires, qu'ils aient ou non une évolution démentielle, on tend avec Gilbert Ballet à les grouper, au moins provisoirement, sous le nom de psychose hallucinatoire chronique, ou avec Kraepelin, sous celui de paraphrénies.»

Gelma[2]) considère l'introduction des paraphrénies dans la nosologie psychiatrique comme la consécration d'un long mouvement de réaction contre l'englobement dans le cadre de la démence précoce, de tous les délires hallucinatoires plus ou moins cohérents.

Le Professeur Pfersdorff[3]) énumère les raisons qui ont décidé Kraepelin d'adjoindre les paraphrénies à la schizophrénie (sans toutefois les identifier complètement). — Il nous montre que les paraphrénies et la schizophrénie ont de nombreux symptômes analogues ou même identiques. — Puis il étudie les formes périodiques de la schizophrénie et y découvre des syndrômes entiers que ces dernières partagent avec les délires hallucinatoires chroniques, avec les paraphrénies. — Il voit dans ce fait une preuve nouvelle de la parenté des deux maladies.

Bleuler[4]) estime que l'avenir décidera si les paraphrénies de Kraepelin doivent donner lieu à une extension de la

[1]) Deny : Démence précoce — du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1921) — Psychiatrie. t. II. p. 182.

[2]) Gelma : Contribution à l'étude de la paraphrénie confabulante et fantastique. — Srasbourg 1922. — p. 3.

[3]) Pfersdorff : Contribution à l'étude des délires chroniques. — Strasbourg 1922. — p. 8—9.

[4]) Bleuler : Lehrbuch der Psychiatrie. 3e Edition 1920 p. 325—327.

notion de schizophrénie ou si elles représentent quelque chose d'essentiellement différent. De toute façon, dit-il, nos moyens de diagnostic ne nous permettent actuellement pas de distinguer ces formes des nombreux cas légers de schizophrénie, qui au début, et quelquefois au cours de l'évolution entière altèrent relativement peu la personnalité des malades.

CHAPITRE DEUX.

COMPARAISON DES CONCEPTIONS FRANÇAISES ET KRÆPELINIENNE CONCERNANT LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES.

Les divergences des écoles françaises et kraepelinienne au sujet des délires systématisés chroniques ne sont pas aussi profondes qu'on pourrait le croire de prime abord. On s'en rendra compte en comparant les conceptions des deux psychiatries.

Nous avons développé assez longuement le point de vue de Kraepelin pour ne pas y revenir.

Pour ce qui est du point de vue français nous avons cru devoir nous reporter à l'article si clair de Messieurs Sérieux et Capgras paru en 1921 dans le Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, et intitulé : «Délires systématisés chroniques.» Ces auteurs ne sont pas seuls à avoir donné une classification des délires, et nous n'oublions pas celles qui ont été proposées par Ballet, Régis etc., et tout récemment encore par Dide et Guiraud. Si nous choisissons comme élément de comparaison la classification de Sérieux et Capgras, c'est parce qu'elle paraît être adoptée par la majorité des aliénistes français, et en particulier par nos Maîtres de l'asile de Rouffach.

D'après Sérieux et Capgras les délires systématisés chroniques présentent trois caractères essentiels qui sont l'organisation du délire, la lucidité, la chronicité.

Ils apparaissent comme des affections soit franchement et exclusivement constitutionnelles, soit accidentelles, où au dése-

quilibre mental originel s'ajoute une cause déterminante mal connue (probablement une auto-intoxication.) (P. 291). En tout cas ils doivent être distingués des psychoses systématisées dont la cause réside dans des agents externes (alcoolisme, syphilis etc.....).

Dans la psychiatrie kraepelinienne nous trouvons la description d'états qui correspondent exactement aux délires systématisés chroniques de la doctrine française. Comme ces derniers ils se distinguent par l'organisation du délire, la lucidité et la chronicité. Comme eux ils doivent être séparés des délires provoqués par l'action des agents externes. Comme eux ils sont dus soit à une tare constitutionnelle, soit à une cause interne exerçant son action sur un terrain prédisposé.

Nous pouvons donc dire que dans les deux psychiatries existent des délires systématisés chroniques endogènes, qui peuvent être purement constitutionnels ou de nature accidentelle.

En France les délires systématisés chroniques constitutionnels sont les délires non hallucinatoires.

Il y existe également un délire systématisé chronique accidentel, c'est le délire hallucinatoire.

La psychiatrie kraepelinienne distingue un délire systématisé chronique constitutionnel, la paranoïa, et deux sortes de délires systématisés chroniques accidentels, la démence précoce paranoïde à forme systématisée et la paraphrénie. Comme nous l'avons vu plus haut il n'existe entre ces deux dernières affections qu'une différence de degré.

La paraphrénie étant la variété caractérisée par une dissociation atténuée on peut dire qu'elle seule correspond vraiment au délire systématisé chronique accidentel, comme on le conçoit en France.

Résumons dans le tableau suivant les constatations qui viennent d'être faites :

	Sérieux et Capgras	Kraepelin
Délires systématisés chroniques constitutionnels	Délires non hallucinatoires	Paranoïa
Délires systématisés chroniques accidentels	Délire hallucinatoire	Paraphrénie

Deux questions se posent maintenant :

1°) En France les délires systématisés chroniques constitutionnels sont au nombre de trois, le délire d'interprétation, le délire de revendication, le délire d'imagination.

Chez Kraepelin il n'y a qu'un délire constitutionnel, la paranoïa.

La paranoïa corerspond-elle aux trois espèces de délires constitutionnels français ?

2°) En France les délires systématisés chroniques accidentels sont représentés par le délire chronique hallucinatoire et ses différentes variétés.

Chez Kraepelin ils sont représentés par la paraphrénie et ses quatres formes, systématique, expansive, fabulatrice et fantasque.

La paraphrénie correspond-elle exactement au délire systématisé chronique hallucinatoire, et existe-t-il dans la psychiatrie française des équivalents à chacune des quatre formes paraphréniques ?

Nous allons essayer de répondre à ces deux questions.

A. PARANOIA ET DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES NON HALLUCINATOIRES.

a) Délire d'interprétation : Il correspond exactement à la paranoïa. Comme elle, c'est un délire constitutionnel caractérisé par l'organisation du délire, la conservation de la lucidité, la chronicité, la multiplicité des interprétations délirantes et l'absence ou la rareté des hallucinations.

Kraepelin dit textuellement ceci :

«Les hallucinations proprement dites sont étrangères au tableau clinique de la paranoïa. Mes expériences récentes m'obligent à l'admettre, et je suis sur ce point entièrement d'accord avec Sérieux.» Ps. t. IV. p. 1715).

b) Délire de revendication : D'après Sérieux et Capgras le délire de revendication est une psychose systématisée caractérisée par deux signes fondamentaux et constants :

1) l'idée d'un préjudice subi ou d'une injustice à redresser.

2) un état d'exaltation passionnelle.

La combinaison de ces deux signes détermine un délire des actes plus qu'un délire des idées (p. 262).

Kraepelin reconnaît que pendant de longues années il a considéré le délire de revendication (Querulantenwahn) comme la forme la plus typique de la paranoïa. — Actuellement il est d'avis que le délire des quérulants se distingue de la paranoïa proprement dite (délire d'interprétation) par un caractère tout à fait frappant «son point de départ à la suite d'une cause externe, qui est l'idée vraie ou fausse d'un préjudice subi, idée provoquant chez le sujet un état d'exaltation passionnel.» (Ps. t. IV. p. 1712).

En distinguant le délire des quérulants de la paranoïa, Kraepelin s'appuie exactement sur les raisons invoquées par Sérieux et Capgras en faveur de la séparation des délires de revendication et d'interprétation. Mais Kraepelin va encore plus loin que les auteurs français. Il rejette le délire des quérulants du cadre des délires endogènes pour le placer parmi les délires provoqués par une cause extérieure retentissant sur l'état du malade. D'une façon plus précise il en fait la huitième catégorie de ses maladies psychogènes. Il tient cependant à faire remarquer que ce déplacement n'a qu'une importance tout à fait secondaire, car, dit-il, personne ne peut contester d'une part le rôle important des influences extérieures dans la paranoïa, d'autre part la nécessité d'une prédisposition congénitale dans le délire des quérulants.

Nous conclurons donc en disant que le délire de revendication ne correspond pas à la paranoïa. Il correspond au délire des quérulants (Querulantenwahn), qui est placé par Kraepelin non pas dans le cadre des délires constitutionnels, mais dans celui des délires psychogènes.

Cette distinction n'implique nullement un désaccord profond entre les conceptions françaises et kraepelinienne. Elle ne repose que sur des considérations secondaires que l'on pourrait qualifier de très subtiles.

c) Délire d'imagination : En ce qui concerne cette variété de délire contitutionnel, isolée par Dupré, nous nous contenterons de citer textuellemen les passages des auteurs français et allemand qui s'y rapportent.

A la page 259 de l'article sur les délires systématisés chroniques Sérieux et Capgras s'expriment ainsi : « Le délire d'imagination systématisé chronique, pur de tout élément symptomatique étranger, est le plus rare des délires

systématisés. D'ordinaire il constitue un épisode plus ou moins durable de ces psychoses ; ou bien il s'associe étroitement à elles, comme dans le délire de fabulation que nous venons de décrire en tant que variété du délire d'interprétation.»

A la page 1715 de l'article sur la paranoïa Kraepelin dit ceci : «Plusieurs auteurs français, en particulier Dupré, ont décrit un « délire d'imagination » dans lequel des processus imaginatifs purs ou des paramnésies forment les éléments générateurs du délire. Neisser a également parlé d'une «paranoïa confabulante». Si je fais abstraction de la paraphrénie fabulatrice antérieurement décrite, aucun tableau clinique ne me semble répondre à la conception, dont nous venons de parler. Il est hors de doute que des inventions et des paramnésies fantasques jouent souvent un grand rôle dans l'élaboration du délire, mais elles coexistent toujours avec d'autres phénomènes producteurs de délires. Lorsque les processus imaginatifs occupent à eux seuls le tableau clinique, il s'agirait à mon avis plutôt de psychopathes menteurs ou simulateurs, de mythomanes, comme Dupré les appelle.»

Les textes que nous venons de citer nous montrent :

1) que le délire d'imagination n'est pas compris dans la paranoïa kraepelinienne, pour la bonne raison que son existence est contestée par le professeur de Munich.

2) que le désaccord entre les deux psychiatries n'est pas aussi important, qu'on pourrait le croire de prime abord ; car même dans la psychiatrie française le délire d'imagination pur est considéré comme une rareté.

Nous répondrons donc à la question que nous nous étions posée au sujet des rapports de la paranoïa avec les délires systématisés chroniques non hallucinatoires, que :

1) La paranoïa kraepelinienne ne correspond pas à l'ensemble des délires systématisés chroniques non hallucinatoires des Français. Elle ne correspond exactement qu'au délire d'interprétation.

2) L'équivalent du délire de revendication dans la psychiatrie allemande est le délire des quérulants rangé par Kraepelin dans la classe des délires psychogènes.

3) Le délire d'imagination n'a pas d'équivalent dans la psychiatrie kraepelinienne.

B. PARAPHRÉNIES ET DÉLIRE SYSTÉMATISÉ CHRONIQUE HALLUCINATOIRE.

Nous examinerons dans ce paragraphe les deux questions suivantes :

1) La paraphrénie de Kraepelin correspond-elle exactement au délire systématisé chronique hallucinatoire des Français ?

2) Existe-t-il dans la psychiatrie française des équivalents à chacune des quatre formes de la paraphrénie ?

I. En ce qui concerne le premier point nous rappelons la définition de la paraphrénie que nous avons formulée plus haut en nous tenant scrupuleusement aux conceptions de Kraepelin. C'est «un délire systématisé chronique accidentel avec dissociation limitée.»

Nous rappelons également que les psychoses endogènes accidentelles sont celles, dont l'origine réside à la fois dans une prédisposition spéciale et dans des perturbations internes accidentelles, dont la nature nous est inconnue et qui pourraient consister en des troubles de la nutrition ou en des auto-intoxications.

Enfin nous avons vu que Kraepelin admet la constance des troubles psycho-sensoriels dans la paraphrénie. Les hallucinations existent plus ou moins nettement dans les quatre formes établies par lui.

D'après Sérieux et Capgras le délire systématisé chronique hallucinatoire est caractérisé :

1) par l'existence et la prépondérance de nombreux troubles sensoriels.

2) par la coordination et la systématisation d'idées délirantes diverses.

3) par la longue conservation de l'activité psychique.

Cette psychose évolue plus ou moins lentement vers un état d'automatisme stéréotypé ou d'affaiblissement intellectuel.

A l'opposé des délires non hallucinatoires, maladies franchement et exclusivement constitutionnelles, le délire systématisé chronique hallucinatoire ressemble davantage à une maladie accidentelle, où à la prédisposition originelle

s'ajoute une cause déterminante mal connue (probablement une auto-intoxication).

En comparant entre elles les deux conceptions on ne peut faire autrement que de constater leur équivalence presque absolue. Une divergence subsiste néanmoins. Elle porte sur la façon d'envisager les rapports du délire hallucinatoire et de la paraphrénie avec la démence précoce.

La paraphrénie est étroitement apparentée à la démence précoce. Elle n'en est presque qu'une variété.

Le délire hallucinatoire est complètement autonome.

Ce qui est curieux, c'est de constater que les auteurs français et Kraepelin semblent être par moments sur le point de se rencontrer en fournissant chacun de leur côté des arguments à la thèse adverse.

Sérieux et Capgras par exemple, en traitant du diagnostic différentiel du délire d'interprétation et du délire hallucinatoire, disent, que chez l'interprétateur on ne constate jamais l'étrangeté des propos et les néologismes que l'on note quelquefois chez les hallucinés, symptômes qui rapprochent ces derniers plutôt du dément paranoïde. (P. 302).

Voici par contre un passage de Kraepelin que nous traduisons textuellement :

«On pourrait m'objecter qu'en constituant le groupe des paraphrénies, nous n'avons fait que mettre à part les cas de démence précoce à évolution lente et relativement bénigne ; et même dans ces cas, on note à la période terminale, de l'incohérence dans le délire, des propos étranges, des néologismes et des idées d'influence. D'autre part on pourrait également soutenir que précisément les particularités de l'évolution morbide consistant dans la rareté et l'atténuation des troubles, auxquels on vient de faire allusion, indiquent que nous avons affaire à une maladie toute différente de la démence précoce. Actuellement nous ne pouvons être encore que dans l'incertitude sur la question de savoir, si la ligne de démarcation indiquée ici est très nette et si elle a été tirée au bon endroit.» (T. III. — P. 992).

Devant ces opinions contradictoires nous devons nous en tenir aux faits. Ces faits sont que malgré tout, la paraphrénie de Kraepelin reste en étroite liaison avec la démence précoce, tandis que le délire hallucinatoire de Sérieux et Capgras conserve son autonomie.

II. Nous venons de constater que la paraphrénie kraepelinienne correspond pratiquement au délire systématisé chronique hallucinatoire français. Il nous reste à voir si en France il existe des équivalents pour chacune des quatres formes paraphréniques.

1) Paraphrénie systématique. Sérieux et Capgras mentionnent parmi les variétés du délire systématisé chronique hallucinatoire en première ligne le délire chronique de Magnan qui est caractérisé par son évolution systématique en 4 périodes : inquiétude — persécution avec hallucinations — grandeur — démence.

Pour Kraepelin 50 0/0 au moins de ses paraphrénies correspondent au délire chronique de Magnan.

C'est même en s'appuyant sur la conception de l'auteur français qu'il a donné à tout le groupe représenté par ces formes le nom de «Paraphrenia systematica». Mais si tous les cas de paraphrénie systématique correspondent au délire chronique de Magnan, la proposition inverse n'est pas vraie.

Kraepelin ne donne le nom de «Paraphrénie systématique» qu'aux délires chroniques de Magnan avec démence tardive et atténuée. Les autres, il les range dans les formes paranoïdes de la démence précoce. (T. III — P. 974).

La paraphrénie systématique est donc synonyme de délire chronique de Magnan avec démence tardive et atténuée.

2) Paraphrenie expansive. Nous ne trouvons mentionnée dans l'article de MM. Sérieux et Capgras aucune variété de délire systématisé chronique hallucinatoire, qui puisse être considérée comme équivalente à la paraphrénie expansive. Cette dernière comme nous l'avons dit antérieurement est caractérisée par le développement d'un délire de grandeur d'une extrême richesse avec euphorie et légère excitation. Le tableau clinique et l'évolution de la paraphrénie expansive ressemblent d'une façon frappante à ceux de l'affection décrite par Régis sous le nom de «Manie chronique avec délire systématisé secondaire.» Kraepelin reconnait que pendant longtemps il a considéré les malades présentant cette affection comme des maniaques. L'évolution continue et non intermittente, ainsi que la terminaison par un état d'affaiblissement psychique l'ont obligé plus tard à les ranger parmi les délirants. (T. III. P. 1001—1002).

3) Paraphrénie fabulatrice. Cette forme est caractérisée par le rôle prépondérant qu'y jouent les erreurs du souvenir. Nous ne trouvons aucune variété de délire systématisé chronique hallucinatoire correspondant à cette affection. Il existe bien un délire d'imagination, et aussi un délire de fabulation, variété du délire d'interprétation. Mais ces délires sont constitutionnels et non hallucinatoires.

4) Paraphrénie fantasque. Elle correspond en tous points aux formes fantastiques du délire systématisé chronique hallucinatoire mentionnées dans l'article de Sérieux et Capgras. (P. 287).

En matière de conclusion nous dirons donc :

1) que seules les formes systématique et fantasque de la paraphrénie trouvent des équivalents dans la psychiatrie française.

2) que les paraphrénies expansive et fabulatrice correspondent en France à des affections qui ne sont pas considérées comme des délires accidentels.

En effet d'une part le délire d'imagination et le délire de fabulation sont des délires constitutionnels, d'autre part la manie avec délire systématisé secondaire n'a rien à voir avec les délires primitifs.

Le tableau qui suit donne un aperçu des conclusions auxquelles nous sommes arrivés au cours de cette étude comparative.

DÉLIRES CONSTITUTIONNELS		DÉLIRES ACCIDENTELS	
France	Allemagne	France	Allemagne
Délire non hallucinatoire	Paranoïa	Délire hallucinatoire	Paraphrénies
Délire d'interprétation	Paranoïa propr. dite	Délire chronique de Magnan	P. systématique
Déllre de revendication	(Délire des quérulants)	(Manie chronique)	P. expansive
Délire d'imagination	(Paraphrénie fabulatrice)	(Délire d'imagination Délire de fabulation)	P. fabulatrice
		Formes fantastiques du délire hallucinatoire	P. fantasque

Remarque : Les affections qui ne peuvent être considérées comme de vrais équivalents ont été mises entre parenthèses.

Étude clinique.

PRÉLIMINAIRES.[1])

A l'issue de chacune des observations qui vont suivre, nous nous demanderons quel serait le diagnostic d'un élève de Kraepelin et sur quelles raisons il s'appuierait pour l'établir.

Nous nous efforcerons donc de répondre aux cinq questions suivantes :

1) S'agit-il d'un délire systématisé chronique ?

2) S'agit-il d'un délire systématisé chronique endogène ?

3) S'agit-il d'un délire constitutionnel ou d'un délire accidentel ?

4) Si le délire est accidentel s'agit-il d'une paraphrénie ou d'une forme paranoïde de la démence précoce ?

5) S'il s'agit d'une paraphrénie quelle en est la variété ?

1°) et 2°). Toutes nos observations se rapportent à des sujets relativement lucides atteints depuis 5 ans au moins d'un délire plus ou moins bien organisé, sans cause externe apparente. Il sera donc inutile de les différencier longuement des délires incohérents ou aigus ou exogènes.

---

[1]) Nos quatre observations étant publiées in-extenso, nous avons fait suivre chacue d'elle d'un résumé, qui précède immédiatement la discussion.

Dans les observations II et IV les notes prises avant l'année 1919 sont traduites de l'allemand.

Les initiales que nous donnons dans nos observations ne répondent pas à la réalité.

3) S'agit-il d'un délire constitutionnel ou d'un délire accidentel ? En d'autres termes s'agit-il d'une paranoïa ou d'un processus démentiel endogène (démence précoce ou paraphrénie) ?

Les symptômes de dissociation de la personnalité feront facilement distinguer le dément paranoïde du paranoïaque.

Etant donné l'atténuation et l'apparition tardive des symptômes de dissociation dans la paraphrénie la ligne de démarcation entre cette dernière et la paranoïa sera plus difficile à tirer.

Comme nous l'avons dit plus haut la différence entre les deux entités morbides réside surtout dans le fait que la paranoïa est constitutionnelle tandis que la paraphrénie est accidentelle.

Le début de la paranoïa est difficile ou impossible à localiser dans le temps. Au fond il est aussi difficile à déterminer que celui de n'importe quelle infirmité psychique d'évolution. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'à un moment donné sous l'influence de certaines causes extérieures (lutte pour la vie, ennuis, déboires), le déséquilibre du malade devient particulièrement apparent.

L'éclosion de la paraphrénie au contraire peut être située dans le temps. La maladie atteint le sujet en pleine santé. Les premiers troubles mentaux remontent à une époque bien déterminée.

Que ce critérium du début existe ou qu'il fasse défaut, le diagnostic pourra encore s'appuyer sur la constatation de certains symptômes et sur des considérations tirées de l'évolution.

Chacune des trois dernières formes de la paraphrénie est caractérisée par un symptôme prédominant qui permettra de les séparer assez facilement de la paranoïa.

En ce qui concerne la distinction de la paranoïa et de la paraphrénie systématique c'est aux deux caractères suivants que Kraepelin semble attacher le plus de valeur. (T. IV. P. 1775—1776).

a) Sentiment de supériorité chez le paranoïaque, même persécuté ; état d'esprit qui lui permet de supporter assez allégrement les sévices dont il se croit la victime, et qui le fait réagir d'une façon beaucoup moins violente et beaucoup moins éclatante que le paraphrénique.

Sentiment d'infériorité chez le paraphrénique qui souffre beaucoup et réagit souvent avec toute l'énergie du désespoir. Les idées de grandeur apparaissent chez lui aussi, mais en général très tardivement.

b) Fixité du délire chez le paranoïaque. Marche progressive du délire chez le paraphrénique. Chez le premier le délire reste invariable, chez le second le contenu du délire devient avec le temps toujours plus étrange, des hallucinations surviennent, des idées de grandeur s'adjoignent aux idées de persécution ; le délire domine de telle façon la personnalité du malade qu'il devient impossible de confondre ce dernier avec le paranoïaque, dont le maintien reste normal.

4) S'agit-il d'une paraphrénie ou d'une forme paranoïde de la démence précoce ?

C'est avant tout l'absence de dissociation notable qui permet de distinguer la paraphrénie systématique d'une forme systématisée de la démence précoce. Il est vrai que la démence précoce n'aboutit pas toujours à une dissociation profonde. Certains de ses états terminaux se distinguent par la conservation relativement bonne de la coordination intrapsychique. Dans ces cas il s'agit d'après Kraepelin d'une «guérison avec déficit» (Heilung mit Defekt). C'est l'étude de l'évolution qui nous permettra de les distinguer de la paraphrénie systématique. Cette dernière ne s'arrête pas, comme la démence précoce, au bout de quelques années ; elle continue à évoluer pendant très longtemps et n'aboutit que tardivement à un état terminal stable sans désagrégation psychique notable.

L'auteur ne cache pas les difficultés qui se présentent lorsqu'on veut distinguer au début la démence précoce de la paraphrénie systématique.

Voici les symptômes, dont la constatation doit, d'après lui, faire penser à l'existence d'une paraphrénie :

a) Apparition très tardive d'hallucinations de l'ouïe bien caractérisées, s'adjoignant à un délire de persécution existant déjà depuis plusieurs années.

b) Perfection de la systématisation délirante.

c) Vivacité des sentiments affectifs.

d) Absence de troubles psycho-moteurs.

e) Persistance de la correction dans le maintien et la conduite, malgré le progrès du délire (T. III. p. 991—992).

Les trois dernières formes de la paraphrénie se distinguent de la démence précoce par l'absence des troubles autonomes de la volonté et de l'affectivité malgré le début déjà ancien de l'affection, et par les symptômes prédominants qui caractérisent chacune d'elles.

OBSERVATION I.

Jeanne H., née en 1872, veuve.

Avril 1921. Examen à l'admission :

Aspect un peu déprimé, mais non angoissé. Orientée dans le temps et le lieu. Répond correctement aux questions. Déclare qu'elle a été envoyée de l'hôpital de C., où elle était en traitement depuis 3 mois pour une affection organique, dont elle ne précise pas la nature. A toujours été sujette à de fortes migraines. Il y a quelques mois elle a commencé à entendre des voix d'hommes et de femmes qui lui disaient des choses désagréables et qui parlaient de lui faire du mal. Elle continue maintenant encore à les entendre et se sent comme poussée à leur répondre. Aussi parle-t-elle souvent pendant la nuit et même pendant le jour. La malade s'en excuse d'avance et exprime l'espoir qu'elle ne dérangera pas trop ses voisines.

A aperçu plusieurs fois, surtout au moment de s'endormir, et en même temps qu'elle entendait les voix, des formes diffuses ressemblant à des ombres.

A aussi perçu des odeurs difficiles à définir et a eu une fois l'impression d'être saisie et enserrée.

La malade qui décrit ses impressions d'une façon remarquable, semble être encore prête à admettre qu'il s'agit d'hallucinations, mais elle n'en est tout de même pas entièrement persuadée. Présente un stade intermédiaire entre les hallucinations conscientes et le délire hallucinatoire.

N'a encore jamais réclamé de narcotiques, quoiqu'elle souffre d'insomnies fréquentes occasionnées par des troubles psychosensoriels.

Déclare avoir eu une fois une perte de connaissance il y a deux ans.

Femme de 49 ans, bien constituée, se trouvant dans un état de nutrition satisfaisant.

Rien d'anormal à la percussion du thorax. A l'auscultation des poumons, murmure vésiculaire normal, respiration un peu rude aux deux sommets.

Expectoration abondante le matin.

Pointe du cœur imperceptible à la palpation. Bruits sourds et lointains, mais réguliers et sans souffle.

Pouls normal, 76 pulsations à la minute.

Abdomen souple et indolore à la palpation. Le foie ne dépasse pas le rebord costal. La langue est très chargée.

Pupilles égales, mais irrégulières des deux côtés, réagissent normalement à la lumière et à l'accomodation.

Motilité volontaire intacte, sauf en ce qui concerne le membre supérieur gauche. La flexion complète des doigts de la main gauche est impossible, qu'elle soit active ou passive. Manœuvre de la jambe (Barré) négative.

Motilité reflexe : Les réflexes du membre supérieur existent des deux côtés et sont égaux (antibrachiaux, radio-pronateurs, cubito-pronateurs, antérieurs du poignet, olécraniens). Cutanés abdominaux très vifs, mais non exagérés.

Sensibilité profonde : Intacte.

Sensibilité tactile : Normale.

Atrophie très visible de l'avant-bras gauche. A la mensuration il y a un déficit de 2 cm. L'atrophie ne s'étend pas au bras correspondant. (Vérifié par la mensuration).

L'éminence thénar semble plus aplatie à gauche qu'à droite.

15 Avril. La malade se plaint :

1) d'être tourmentée par des hallucinations de l'ouïe.
2) de souffrir de maux de tête fréquents qui ne sont calmés que temporairement par l'ingestion de cachets d'aspirine et par l'application de compresses froides.
3) De ressentir des douleurs analogues à des brûlures, à siège variable, mais surtout localisées dans le bras et l'avant-bras gauche, puis dans le membre du côté opposé, ainsi que dans la région du trapèze.

Déclare avoir eu dans le temps une pleurésie sèche. Plus tard elle aurait eu mal à la gorge et de la difficulté à expectorer. La douleur de la gorge se serait propagée dans la nuque, puis dans le membre supérieur gauche. Actuellement elle ressent souvent la douleur dans le membre supérieur droit.

15 Octobre 1921. Se lève tous les jours et s'occupe à des travaux de couture. Semble ne plus souffrir autant qu'autrefois de ses douleurs dans le membre supérieur.

Par contre toujours très hallucinée. On lui dit «Tu es idiote — tu ne guériras jamais». Elle entend les voix aussi nettement qu'elle entend la voix du médecin qui l'interroge. Comme elle paraît intelligente et qu'elle parle volontiers avec le médecin, celui-ci essaye d'émettre devant elle l'hypothèse, que les discours tenus par les voix pourraient bien n'être que les échos

de ses propres pensées subconscientes. La malade paraît s'intéresser à cette interprétation et dit spontanément, que toutes les fois qu'elle se plaint au médecin de ses voix, elle est soulagée pour quelques jours.

18 Octobre 1921. La malade est dans un état d'exaspération intense. Parle avec une très grande volubilité. Voici un fragment de ses discours :

« D. me parle avec une machine, il se sert d'un courant verbal (Redstrom). Des policiers l'aident. Tout ceci se rapporte à des affaires qui se passent en Amérique. Il m'use le cerveau (Kopf ausnutzen) de façon que sa machine ait toujours un aliment. A C., j'ai un jour perdu connaissance. J'ai senti qu'on voulait m'endormir. Quand je me suis réveillée, j'ai craché un liquide vert comme de l'herbe (grassgrün). Ils m'ont tiraillée (traktiert). Lorsque je me plains, il me fait comprendre avec beaucoup de cynisme qu'il peut faire de moi ce qu'il veut. Il me dit qu'on m'a calomniée partout, qu'avec la machine on s'arrange à me faire dire des bêtises. L'appareil a un cornet (Schallhorn) pour qu'on l'entende à distance. Le courant est alimenté par des têtes qu'on fait bouillir. Le courant nait de la réaction chimique ».

Si la malade est en but à toutes ces persécutions, c'est d'abord parce qu'elle a été la maîtresse de D., et que la machine a enregistré ce concubinage, en sorte que beaucoup de gens le connaissent. C'est ensuite parce qu'elle a fait un héritage en Amérique. D. lui a ravi l'argent de cet héritage. C'est pour cela qu'on l'a endormie. Maintenant on ne veut pas qu'elle dise la vérité.

La malade qui paraissait avoir le 15 Octobre des hallucinations presque conscientes, est aujourd'hui complètement dominée par son délire.

Depuis son entrée à l'asile a toujours été réglée normalement.

21 Novembre 1921. Toujours hallucinée et persécutée. Dans une fête donnée à l'asile, s'est néanmoins fait remarquer par son amour de la danse.

22 Janvier 1922. Même état. Parfois très irritable, parfois très calme, jamais indifférente.

Ne semble pas être plus affaiblie au point de vue intellectuel qu'à son entrée à l'asile. (Avril 1921).

17 Avril 1922. Persistance des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. Pas d'affaiblissement intellectuel notable.

16 Juin 1922. Au cours d'un interrogatoire la malade donne des indications précises sur le début de son affection :

C'est en 1913 qu'elle a entendu pour la toute première fois une voix. C'était une voix d'homme qui lui dit : «Jeanne, si tu disparais je recevrai 30 000 Marks». La malade ne s'est guère préoccupée de cet incident. A continué à entendre assez rarement des mots isolés ou des phrases telles que par exemple : « S'il t'appelle au port de la mer, tu marcheras ».

Un jour a entendu marcher quelqu'un dans son appartement, a eu l'impression qu'on maintenait quelque chose devant ses narines, eut aussitôt la sensation de dormir et de ne pas pouvoir se réveiller. Le lendemain elle remarqua que la porte d'entrée, qui avait pourtant une serrure très forte, était ouverte.

De 1912 à 1913 eut des relations sexuelles avec un homme, dont elle avait fait la connaissance par hasard. Il se disait ouvrier de tissage et beau-frère d'un collègue du frère de la malade. Un beau jour cet homme lui proposa de partir avec elle en Suisse romande. La conduite de son amant lui ayant paru légère, la malade n'osa pas le suivre et rompit avec lui. Quinze jours après elle reçut la visite d'un homme ressemblant à son amant, mais qui lui parut plus petit. Elle se convainquit que cet homme n'était pas son ancien amant et se dit que des ennemis voulaient la tourner en ridicule. L'homme renouvela la demande du premier amant ; elle refusa ses avances et ses propositions.

Vers l'année 1915 a senti pendant la nuit que quelqu'un lui introduisait un instrument analogue à un vilbrequin dans la région occipitale. A eu l'impression que de l'eau glacée coulait dans les artères de sa tête. A la suite de ces sévices, elle a beaucoup souffert et a été obligée d'aller voir le médecin. La même année elle changea d'appartement, parce que sa propriétaire, qui louait des chambres meublées à des messieurs, cherchait à la faire entrer en relation avec ses locataires masculins.

Vers l'année 1916 elle commença à entendre beaucoup de voix : On demandait la communication téléphonique avec l'Amérique. A entendu une fois prononcer le mot « Röntgenstrahlen ». A partir de ce moment eut toujours envie de dormir. Pendant quelque temps elle eut une sécretion nasale abondante, ressemblant à du lait mélangé à un liquide vert, absolument inodore. Avait bien des soupçons à l'égard de certaines personnes, mais ne savait pas d'une façon précise quels étaient ses persécuteurs, et pourquoi elle était poursuivie.

De 1916 à 1917 elle continua à subir des influences narcotiques. Entendait toujours parler dans la pièce voisine. Fut souvent obligée de changer d'appartement. Ne pouvait s'installer que dans une chambre dont les pièces attenantes étaient vides. Il lui était impossible de travailler.

En 1917 elle eut de nouveau des relations, cette fois avec un militaire allemand. Elle rompit au bout de quelque temps, parce qu'elle avait l'impression que cet amant lui était hostile.

Huit mois après la rupture elle reçut la visite d'un policier, qui lui annonça, qu'elle était accusée par son amant de l'avoir infecté. Elle fut soumise en 1918 à une visite médicale qui donna un résultat négatif.

En sortant de l'hôpital elle fut envoyée au travail à W.... (Service auxiliaire). Là elle entendit plusieurs fois une voix qui lui parlait de C.... d'abord en bon allemand, puis en dialecte. Quitta le service auxilaire après avoir subi plusieurs bombardements. Au moment de l'armistice était en service chez un bandagiste. Toujours poursuivie par ses persécuteurs elle abandonna cette place pour aller travailler à la fabrique H.... Là elle fut tourmentée plus que jamais par les voix. On lui disait : « il faut que tu t'en ailles, que tu crèves, etc.....» Dans l'atelier il y avait au-dessus de sa tête une boule magnétique, par l'intermédiaire de laquelle on lui envoyait des émanations épouvantables provenant de la cuisson de têtes de morts. Les cendres de ces têtes de morts donnaient un « spruch » (formule), capable de la rendre folle. Elle alla se plaindre au bureau de la fabrique, mais se fit éconduire. Elle se réfugia à M., où ses persécuteurs la suivirent. (Partout où il y a un fil téléphonique on peut la suivre). Puis elle revint à C. et fut admise à l'hôpital civil de cette ville. (1919—1920). Y resta pendant 5 mois. En sortant elle fut reçue chez une dame, qui lui demanda un travail modéré et proportionné à ses forces. Mais elle eut à souffrir chez cette dernière d'un « tourment de bourreau » (Scharfrichterplage). On cherchait à la rendre folle à l'aide d'une « machine de justice » (Gerichtsmaschine). Cette machine enregistre tout ce qui se dit dans les procès. Elle est destinée à l'amusement des gens haut placés. On s'en servait pour la rendre folle. Elle n'osait plus rester dans sa chambre, passait les nuits sur le rebord de la fenêtre. On ne voulut pas la garder. Pendant deux jours elle erra en ville, passant la nuit accroupie sous une porte cochère. Elle fut ramassée par la police et envoyée à l'hôpital (1920). Elle en sortit de nouveau au bout de quelques semaines, et alla travailler chez H....

Là existait un « appareil à faire parler » (Redewerkle). Cet appareil était rattaché au générateur électrique. Elle a vu des gens en train de le mettre en action pour la questionner. Ses ennemis arrivèrent à la faire renvoyer de la fabrique. Elle se plaça comme femme de peine chez un pharmacien. Là les voix dirent tant de mal de ses patrons, qu'elle eut peur de compromettre ces derniers par sa présence. Un jour une odeur fétide provenant du plancher se répandit dans la chambre. On

cherchait à la rendre folle avec une machine japonaise à alphabet. On pouvait parler avec cette machine cinq langues différentes. En entremêlant les lettres on arrivait à produire une langue à l'envers (verkehrte Sprache).

Une odeur fétide ayant pénétré dans sa gorge elle entra à l'hôpital. On aurait dû tout de suite la badigeonner. Au lieu de cela on lui donna du bromure. Le mal gagna le thorax et la colonne vertébrale. Les persécutions continuèrent. Tous les malades avaient à manger des petits pains, elle seule devait manger du pain ordinaire. Finalement on l'envoya à l'asile de Rouffach où elle se trouve maintenant depuis plus d'un an et demi. Actuellement elle n'a plus un moment de repos. Une ligne téléphonique souterraine est à la disposition de ses ennemis. Elle relie le pavillon où elle se trouve aux villes de Münster, Türckheim et Colmar. Les persécuteurs sont des parents éloignés. Ils prétendent qu'ils ont des droits sur la maison. Quand elle les supplie de la laisser en repos ils répondent : « Nous ne sommes pas encore vengés ».

Ils lui disent aussi qu'elle n'appartient pas à la famille. C'est probablement pour cela qu'on la persécute. Elle commence à comprendre maintenant certains faits anciens auxquels elle n'avait ajouté aucune importance.

Lorsqu'elle avait 23 ans, sa mère lui a raconté que son grand-père avait eu trois frères. L'un d'eux est mort en Amérique et a laissé sa fortune au gouvernement, sous réserve qu'elle ne soit pas revendiquée par la famille. Quelques années plus tard la malade a fait allusion à cette histoire devant un de ses frères. Celui-ci a paru surpris ; (elle s'en souvient maintenant très bien). Sa mère voulut parler, mais elle ne put articuler un mot et devint confuse.

Sa mère lui a aussi confié un jour qu'elle avait fait une fausse-couche. Elle lui a aussi dit : « Tu as été élevée avec du lait de chèvre ». A ce moment la malade ne comprenait pas le sens caché de ses paroles. Elle était dans un état de « non observation » (unbeobachtender Zustand). Elle se rappelle maintenant avoir habité comme enfant dans une quantité de maisons, sans ses parents. Peut-être sa mère n'était-elle pas sa vraie mère. Peut-être s'était-elle remariée.

Un jour une dame lui a raconté que la reine de France avait adopté 3 enfants comme filleuls. Cette dame l'a traitée avec beaucoup d'égards. Une autre fois une femme inconnue est venue la questionner. Elle lui a dit qu'elle s'appelait Didier et que Didier est le nom français correspondant à son nom. Elle s'est dit que cette femme cherchait un lien de parenté, espérant ainsi avoir sa part d'un héritage de quelques millions. C'est à la même époque que les persécutions ont commencé.

Elle a entendu une voix qui disait : « Si tu crèves, j'aurai 30 000 Marks en plus.» Pendant la guerre un individu a essayé de conduire chez elle des soldats, afin qu'elle se compromette et que l'on puisse la salir.

Les persécuteurs lui disent qu'ils sont capables de rendre des cadavres à la vie, qu'ils sont en possession d'instruments qui leur permettent de l'atteindre par dessus les vallées et les montagnes (über Berg und Tal). Ils ont cherché sa mère dans le cercueil, ont coupé en morceaux son cadavre et en nourrissent le bétail des enfers.

Ils ont aussi parlé d'un « Bischöfliches Observatorium » (Observatoire épiscopal) et de « Päpstliche Verdammung einer Mutter ». (Damnation pontificale d'une mère).

23 Octobre 1922. Les renseignements suivants ont pu être obtenus d'une sœur de la malade.

Père : mort à 72 ans, de vieillesse, était vigneron.

Mère : morte à 71 ans, d'une septicémie à la suite d'une plaie au pied.

A 3 frères et une sœur.

Sœur : bien portante.

Deux frères : bien portants.

Un frère : a toujours été un peu exalté. Souffre actuellement d'un délire de persécution. (Est persécuté par le clergé). N'est pas interné.

Née à C. A fréquenté l'école primaire où elle fut une bonne élève. A 13 ans alla travailler à la fabrique. Mariée à 24 ans avec un peintre en bâtiment. Ce dernier est mort en 1908 d'une maladie d'estomac. Au cours de sa vie conjugale n'a jamais été enceinte. Pendant la maladie de son mari a fait le ménage, a soigné le malade ainsi que sa vieille mère. Après le décès de son mari a déclaré qu'elle voulait se séparer de son milieu, car elle ne voulait pas se remarier. A pris une place à K. Un an après elle rentra à C. où elle travailla à la fabrique (1909). C'est à cette époque qu'apparurent les premiers troubles mentaux. Elle ne donna plus de ses nouvelles. Elle répondit à sa sœur, qui l'avait invitée à venir chez elle à M., qu'elle ne quitterait pas C., tant que son mari y serait enterré. Allait constamment au cimetière pour entretenir la tombe de ce dernier. Sa sœur l'ayant recherchée au cimetière elle lui dit qu'elle ne voulait plus rien savoir de personne ; qu'elle en avait maintenant entendu assez. En disant cela elle regarda sa sœur d'un air troublé.

Ses colocataires racontèrent que depuis quelque temps elle s'enfermait chez elle, bouchait les trous de serrures etc... (1909).

A partir de ce moment elle changea continuellement de place. Un directeur de fabrique raconta qu'elle entendait des voix ; que les esprits lui parlaient du haut des machines. Pendant la guerre elle fut obligée d'exécuter des travaux pénibles et parfois dangereux dans le service auxiliaire. Ne donnait plus de ses nouvelles. Sa sœur la trouva par hasard à l'hôpital de C. en 1921 (mars). La malade eut une forte émotion et ne tarda pas à se plaindre de persécutions diverses. Parla aussi de visites que des hommes lui auraient rendues à son domicile. Ne savait plus si elle avait été mariée à l'un ou à l'autre. Sa sœur s'étant informée auprès des locataires, ces derniers assurèrent que la veuve était toujours restée enfermée chez elle et qu'elle n'avait jamais reçu personne. A l'hôpital de Colmar on déclara n'avoir jamais fait passer une visite sanitaire à la malade.

Comme enfant la malade aurait eu une méningite, qui aurait été suivie de céphalée pendant longtemps.

Réglée à 18 ans. Le médecin aurait dit que si elle n'avait pas d'enfants, c'était son mari qui en était cause et non pas elle.

23 Janvier 1923. L'atrophie de l'avant-bras gauche a complètement disparu. Les mouvements actifs et passifs des doigts sont de nouveau possibles, la malade ne ressent plus les douleurs d'autrefois.

L'état de nutrition est excellent, l'appétit bon. Il n'y a rien de particulier aux appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Réaction de Wassermann négative dans le sang.

26 Février 1923. Toujours très tourmentée par les hallucinations. A brisé plusieurs carreaux d'une fenêtre pendant la nuit. On lui dit souvent que l'on fera avec elle des choses qui ne se conviennent pas, dans le but de la déshonorer. Jusqu'à maintenant n'a encore jamais eu l'impression qu'on se livrait à des manœuvres sur ses organes génitaux.

Après s'être plainte pendant un bon quart d'heure avec véhémence elle dit : «Voilà mes tourments» puis s'éloigne en souriant aimablement.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION I.

A. H. Aucun cas de maladie mentale parmi les ascendants. Un frère est atteint actuellement d'un délire de persécution. Il a toujours été exalté au point de vue religieux. N'est pas interné.

A. P. Née en 1872 à C..... Comme enfant a eu une méningite à la suite de laquelle elle souffre pendant longtemps de maux de tête. Fréquente l'école primaire jusqu'à 13 ans, puis va travailler à la fabrique. Se marie à 24 ans, n'est jamais devenue enceinte. Son mari meurt en 1908, après une longue maladie au cours de laquelle elle le soigne avec beaucoup de dévouement. Très affectée de cette perte elle quitte la ville pour la campagne pendant un an, parce qu'elle ne veut pas se remarier. Rentrée à C..... elle se rend souvent sur la tombe de son mari, qu'elle entretient avec ferveur.

1909. Première apparition des troubles mentaux. Devient renfermée, n'écrit plus à sa famille, ne veut plus rien savoir de personne, dit à sa sœur «qu'elle en a maintenant entendu assez ». A l'air troublé.

1909—1921. Change continuellement de place, par suite des persécutions dont elle croit être la victime. Pendant la guerre est enrôlée dans le service auxiliaire, est obligée de travailler dans des conditions très dures et parfois dangereuses. Croit recevoir la visite de nombreux amants, entend des voix qui l'injurient. (1913). On lui dit « Jeanne, si tu disparais, je recevrai 30 000 Marks ». En 1915 on lui introduit pendant la nuit une sorte de vilbrequin dans la région occipitale. A l'impression que de l'eau glacée coule dans les artères de sa tête. En 1916 les voix deviennent plus nombreuses et plus pressantes. A une sécrétion nasale ressemblant à du lait mélangé à un liquide vert, inodore. Soupçonne quelques personnes, mais ne sait pas pourquoi on lui veut du mal. Prétend avoir eu plusieurs amants qui se ressemblaient entre eux. Croit qu'on voulait la tourner en ridicule ou la couvrir de honte. Après la guerre elle travaille dans

plusieurs places, qu'elle est obligée de quitter à cause de ses persécuteurs. Ces derniers peuvent la suivre partout où il existe un fil téléphonique. On la tourmente à l'aide d'une « machine de justice » qui enregistre tout ce qui se dit dans les procès. On s'en sert pour la rendre folle. Dans un atelier où elle travaille il existe une boule magnétique par l'intermédiaire de laquelle on lui envoie des émanations épouvantables, provenant de la cuisson de têtes de morts. Les cendres de ces dernières donnent une formule capable de la rendre folle. On la questionne avec un «appareil à faire parler». On cherche aussi à la rendre folle à l'aide d'une « machine japonaise à alphabet ». N'ose plus rester dans sa chambre, passe des nuits sur le rebord de sa fenêtre. Erre dans les rues. Finit par être ramassée par la police qui l'envoie à l'hôpital.

Avril 1921 : Internement à l'asile de Rouffach. Est très hallucinée et persécutée. Elle est poursuivie par un ancien amant nommé D. Il lui parle à l'aide d'un « courant verbal ». Des policiers l'aident. On lui dit qu'on la calomniera partout. On lui fait dire des bêtises à l'aide d'une machine. Celle-ci a une sorte de cornet pour qu'on l'entende à distance. Le courant est alimenté par des têtes qu'on fait bouillir. Le courant naît de la réaction chimique. On la persécute parce qu'elle a été la maîtresse de D. et parce qu'elle a fait un héritage en Amérique. On ne veut pas qu'elle dise la vérité.

Octobre 1922 : Aucun affaiblissement intellectuel notable. Affectivité normale, attitude correcte, travaille régulièrement dans les moments de calme. Continue à extérioriser une foule d'idées délirantes extravagantes. Une ligne souterraine est à la disposition de ses ennemis. Elle relie le pavillon où elle se trouve à 3 villes d'Alsace. Les persécuteurs sont des parents éloignés. Elle commence maintenant à comprendre certains faits anciens auxquels elle n'avait d'abord ajouté aucune importance parce qu'elle était « dans un état de non-observation ». Un héritage lui revient. Se rappelle avoir habité comme enfant dans une quantité de maisons, sans ses parents. Peut-être sa mère n'est-elle pas sa vraie mère. Un jour une dame est venue lui raconter que la reine de France avait adopté 3 filleuls. Cette dame l'a traitée avec beaucoup d'égards. Ayant fait allusion à certaines histoires qu'elle avait apprises, sa mère fut brusquement dans l'impossibilité d'articuler un mot et devint troublée.

Les idées de persécution continuent à dominer le tableau.

DIAGNOSTIC.

Conception allemande : Jeanne présente depuis 14 ans un délire assez bien organisé avec conservation de la lucidité. Comme enfant, c. à. d. bien avant l'apparition des troubles mentaux, elle a eu une méningite, à la suite de laquelle elle a pendant longtemps souffert de maux de tête. En 1921, c. à. d. longtemps après le début de la psychose, elle a été atteinte de douleurs névritiques dans les deux bras avec atrophie temporaire de l'avant-bras gauche et impotence fonctionnelle des 4 derniers doigts du même côté. La réaction de Wassermann est négative dans le sang en 1922. N'a jamais fait d'excès alcooliques. Aucune cause antérieure apparente ne peut expliquer la genèse du délire.

Il s'agit donc d'un délire systématisé chronique endogène.

D'après les renseignements donnés par la malade elle-même et par sa sœur les troubles mentaux sont apparus à une époque bien déterminée chez une personne tout à fait normale auparavant. Nous devons donc penser plutôt à une psychose accidentelle qu'à un délire constitutionnel.

D'ailleurs nous ne trouvons pas chez la malade l'assurance et la présomption des paranoïaques. C'est une victime qui se croit abandonnée sans défense à ses persécuteurs. Nous ne constatons pas non plus chez elle la fixité du délire paranoïaque. La psychose de Jeanne a débuté par une phase d'inquiétude et d'interprétations délirantes, à laquelle a fait suite, vraisemblablement à partir de 1913, une phase hallucinatoire. Ces derniers temps de vagues idées de grandeur sont venues se joindre au délire de persécution. Bref le délire de Jeanne est progressif.

Toutes ces considérations suffisent amplement à éliminer la paranoïa.

Il s'agit donc d'un délire accidentel, c. à. d. d'une forme paranoïde de la démence précoce ou d'une paraphrénie.

La perfection relative de la systématisation délirante, la vivacité des sentiments affectifs, l'absence de troubles psychomoteurs, la persistance de la lucidité après 14 ans de délire nous permettent d'écarter la démence précoce paranoïde. Il est vrai que Kraepelin admet l'absence de dissociation prononcée dans certains états terminaux de la démence précoce. Mais chez Jeanne on ne peut parler d'un état terminal. Le délire est encore en pleine évolution.

Il faut donc penser à une paraphrénie, mais de quelle variété de paraphrénie s'agit-il ?

Il ne s'agit certainement pas d'une paraphrénie expansive. L'euphorie, l'exaltation et les idées de grandeur bien caractérisées, manquent chez la malade.

La prédominance des troubles psycho-sensoriels sur les confabulations ne nous permet pas d'envisager la forme fabulatrice.

Restent les variétés systématique et fantasque. Il est bien difficile de se décider pour l'une ou pour l'autre de ces formes.

D'une part l'évolution de la maladie est tout à fait calquée sur celle de la paraphrénie systématique. Si les idées ambitieuses actuellement ébauchées se développent encore en modifiant l'état mental de la malade, s'il s'installe finalement un état d'affaiblissement psychique notable, on pourrait considérer le cas de Jeanne comme une paraphrénie systématique typique

Mais d'autre part le délire est moins bien organisé qu'il ne l'est en général dans la forme systématique. Les idées délirantes sont changeantes et d'une variété extrême. Et surtout nous leur reconnaissons une particularité, c'est leur caractère extravagant, fantastique. On perfore la tête de la malade avec un vilbrequin — de l'eau glacée coule dans ses artères — on lui envoie des émanations provenant de la cuisson de têtes de morts — on veut la rendre folle avec une machine japonaise à alphabet etc.....

Kraepelin appelle paraphrénie fantasque la variété, dans laquelle on observe une extériorisation abondante d'idées délirantes étranges, peu cohérentes, instables. La couleur du délire est variable ; souvent on observe la coexistence des idées de persécution et de grandeur. Les malades restent néanmoins lucides souvent pendant plusieurs décades.

Le cas de Jeanne ressemble tellement à la forme ainsi décrite que nous croyons devoir en faire une paraphrénie fantasque.

Conception française : Le cas de Jeanne serait considéré comme un délire systématisé chronique hallucinatoire, à peu près pour les mêmes raisons qui auraient déterminé les Allemands à en faire une paraphrénie. Sérieux et Capgras distinguent plusieurs variétés de ces délires, entre autres le délire chronique de Magnan et les formes fantastiques. Il nous semble qu'aucune raison valable ne s'opposerait, à ce que l'on range le cas étudié plus haut parmi les formes fantastiques du délire systématisé chronique hallucinatoire.

OBSERVATION II.

Louise B., née en 1849, veuve.

Antécédents héréditaires : Le père avait un caractère violent, un frère du père était aliéné, une sœur de la malade mourut aliénée.

Antécédents personnels : Comme enfant a toujours été bien portante, a peu fréquenté l'école, sait lire, mais ne sait pas écrire. En 1882 elle fut atteinte de troubles mentaux et fut traitée en 1886 pendant 3 mois à la clinique psychiatrique de Strasbourg. — Pendant l'été de l'année 1887 elle présenta une recrudescence des troubles (entendait des voix, importunait le voisinage de ses cris et de ses récriminations, errait souvent pendant le jour et la nuit, détruisit à plusieurs reprises des meubles).

Août 1887. Admission à l'asile de Stephansfeld.

La malade est tranquille, se conduit d'une façon correcte et raconte spontanément avec un grand luxe de détails son histoire. Il y a 5 ans aurait simplement dit à un employé de la fabrique où elle travaillait, qu'il devait surveiller une certaine femme qu'elle soupçonnait de voler. L'employé, au lieu d'observer cette femme et de se rendre compte par lui-même du bien fondé des soupçons, fit congédier immédiatement cette dernière. Depuis cette époque la malade n'aurait plus eu aucun repos. Les camarades de l'atelier, et plus tard toutes sortes d'autres gens l'auraient poursuivie de leurs reproches, de leurs injures et de leurs menaces. Son mari, qui d'abord ignorait tout, se serait mis bientôt du côté de ses persécuteurs, aurait mal interprété toutes ses paroles, l'aurait contredite en tout et ne lui aurait plus jamais donné une réponse exacte. On en arrivait souvent à des contestations, à des disputes et à des voies de fait. Finalement le mari l'aurait abandonnée.

Lorsqu'elle revint en 1886 de la clinique de Strasbourg, tout aurait marché passablement bien au début, mais les propos injurieux et les persécutions auraient bientôt recommencé. On l'aurait traitée de «cochonne», on lui aurait reproché tout ce qu'elle faisait, on l'aurait continuellement menacée. Elle comprend maintenant clairement qu'on voudrait la faire disparaître de ce monde. Cela se ferait à l'instigation de cet employé, qui

contesterait maintenant, qu'elle l'ait simplement rendu attentif à l'ouvrière voleuse.

Dans les débuts, la malade s'accoutuma bien à la vie de l'asile, travaillait assidûment, restait attachée à ses idées délirantes, n'avait aucune conscience de son état morbide, rendait responsable de ses malheurs son propriétaire qui aurait monté son mari contre elle. Celui-ci serait souvent rentré à la maison en état d'ivresse et aurait fait du scandale.

Bientôt la malade se plaignit de ce qu'on lui mettait toutes sortes de saletés dans ses aliments. Elle croyait que les paroles et le rire inoffensif des autres malades se rapportaient à elle, prétendait, que des lettres de son mari étaient falsifiées, et manifestait l'intention de s'informer auprès des autorités, de ce qu'il était advenu de son mariage ; si ce dernier était légal. Se livrait à toutes sortes d'interprétations au sujet de ses repas, disait que, quoiqu'elle n'ait rien remarqué, on devait sûrement jeter une quantité d'immondices dans ses aliments. Un jour elle lança son assiette dans la salle. Elle appelait le directeur de l'asile le vieillard, qui serait «régent» sur elle. Un jour, où elle l'appelait «Monsieur le Directeur» les autres malades auraient dît entre elles « Entendez donc cette sotte, elle appelle «Directeur» son régent ». Elle prétendait que pendant la nuit quelqu'un venait lui couper les cheveux, qu'un jour on lui aurait fait une saignée à la tête ; le lendemain matin en se peignant elle aurait encore senti la cicatrice. On lui aurait introduit du mucus nasal dans ses aliments ; elle l'aurait entendu tomber dans ces derniers etc.....

Parfois la malade insistait beaucoup pour rentrer à la maison Le 6 août 1888 elle tomba évanouie après avoir refusé pendant quelque temps de s'alimenter convenablement, mais elle ne tarda pas à revenir à elle.

Septembre 1889 : Transférée à l'asile de Hœrdt.

En Novembre 1890 elle demanda à son mari, qui venait lui rendre visite, de la reprendre à la maison. Comme on ne put satisfaire à son désir, elle refusa pendant une semaine tout aliment, en exigeant qu'on la renvoyât à Ste. M. ou qu'on l'enterrât au cimetière. Demanda du poison, mais se décida finalement tout de même à se nourrir.

Dans les années qui suivirent, la malade tenta à plusieurs reprises de s'évader. N'a plus fait de tentatives de ce genre depuis l'année 1900. Les idées et les interprétations délirantes restèrent invariables, et firent maintes fois entrer la malade en conflit avec son entourage. Les persécutions et les hallucinations se rapportaient d'une façon prédominante à la sphère corporelle et au domaine sexuel.

Dans les dernières années la malade souffrit beaucoup de rhumatisme articulaire chronique.

Juin 1909. Transférée à Rouffach.

18 Juin 1909. Au moment de l'admission la malade est calme, bienveillante, bien orientée dans le lieu. Dit qu'elle se trouve à Rouffach, dans le nouvel établissement, et qu'elle vient de Hœrdt. Elle est moins bien orientée dans le temps ; est incapable d'indiquer ni la date ni l'année.

Dès la première rencontre avec le médecin elle lui raconte qu'à Stephansfeld — Hœrdt un individu venait toutes les nuits lui donner des coups au bas ventre, dans la région des organes sexuels, dans le dos, au visage. Elle exprime l'espoir qu'il ne lui arrivera rien ici. Elle n'est pas malade. Tous ses maux sont dus à des persécutions que lui infligent d'autres personnes.

25 Juin 1909. Est très bienveillante à l'égard du médecin, n'est pas non plus encore entrée en conflit avec son entourage, quoiqu'au moment de la visite elle se plaigne constamment des chicanes et des vexations dont elle serait l'objet de la part des autres malades. Dort bien, sans narcotiques. Est correcte et propre dans sa tenue, se lève tous les jours, aide un peu dans le ménage mais s'occupe surtout de travaux de couture pas trop compliqués.

Ne sait rien de précis sur ses parents, ses ancêtres, les maladies de ces derniers, les tares familiales. Ne se rappelle plus bien de toutes ces choses. Elle a beaucoup oublié ; parce qu'à Stephansfeld on lui aurait altéré la mémoire.

Elle-même aurait été toujours bien portante comme enfant et aurait bien travaillé à l'école ; ne sait pas bien calculer, ne lit pas bien et sait à peine écrire, parce qu'on lui aurait endommagé les yeux. On lui aurait toujours brûlé et piqué ces derniers. Elle aurait actuellement 50 ans, serait née à S. en 1850. Nous serions en l'année 1890.

Elle aurait travaillé dans une fabrique jusqu'il y a environ 15 ans. A cette époque elle se serait défiée d'une camarade, qu'elle soupçonnait de voler dans la fabrique. Elle aurait fait part de ses soupçons à un employé du bureau, qui aurait immédiatement congédié cette ouvrière.

C'est pour cette raison que brusquement tout le monde se retourna contre elle et qu'on répandit sur son compte les bruits les plus mensongers et les plus calomnieux. A la fin même son mari, décédé depuis, se serait mis de la partie, aurait interprété faussement tout ce qu'elle disait. Pendant quelques années aurait eu du repos, puis les gens auraient de nouveau commencé à dire du mal d'elle, à la tourner en dérision, à lui lancer toutes les saletés possibles et imaginables et même à

menacer sa vie en jetant des cochonneries et du poison dans ses aliments et en la tiraillant aux membres de façon à presque l'écarteler comme une pièce de bétail. On l'aurait appelée et on l'appelerait encore « putain ». A Hœrdt c'était comme cela aussi. Pendant la dernière nuit quelqu'un serait venu la pousser et l'écraser.

25 Juin 1909. Femme de petite taille, d'aspect vieillot, en assez bon état de nutrition, sans malformations. Front bas, étroit et un peu fuyant. Crâne symétrique.

Rien de particulier à l'appareil respiratoire.

Premier bruit du cœur manque de netteté. Matité cardiaque non augmentée. Bruits du cœur réguliers, non accélérés.

Artères radiales et temporales un peu rigides et sinueuses.

Pouls un peu dépressible.

Pas d'asymétrie faciale.

Pupilles normalement dilatées, régulières, réagissent d'une façon un peu paresseuse.

Rotuliens normaux.

Pas de clonus des pieds.

Pas de troubles de la sensibilité.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

29 Septembre 1909. Tout en restant très calme, la malade extériorise au moment des visites médicales une multitude de plaintes extraordinaires sur de prétendues brimades qui lui seraient infligées par son entourage.

Des hallucinations de la vue et de l'ouïe ne semblent pas exister, ou du moins leur existence est impossible à prouver. Les troubles psycho-sensoriels semblent se limiter au domaine de la sensibilité générale et en particulier au domaine sexuel.

5 Décembre 1909. Aucun changement notable. Exprime toujours les mêmes idées délirantes avec des variations peu appréciables.

23 Mai 1910. Au début du mois d'avril a dû être changée de division, parce qu'elle importunait les autres malades de ses perpétuelles plaintes sur de prétendues persécutions sexuelles. Continue malgré tout à travailler assidûment à des ouvrages de couture.

3 Octobre 1910. N'exprime plus autant qu'auparavant ses idées délirantes. Est en général plus calme.

19 Novembre 1910. Même état mental, travaille dans la division.

15 Décembre 1910. Reproduit presque tous les jours les mêmes plaintes : on l'aurait rouée de coups pendant toute la nuit, on l'aurait frappée surtout dans la région du cou, de telle façon

qu'elle ne pouvait plus le supporter. On la soumettrait également à toutes sortes de manipulations aux parties sexuelles. Se répand en invectives. Ne se plaint de ces persécutions qu'en présence du médecin ; le reste du temps elle est une travailleuse calme et appliquée.

15 Janvier 1911. Beaucoup plus tranquille depuis quelque temps, ne parle plus spontanément des sensations, dont elle se plaignait si souvent autrefois. Lorsqu'on l'interroge, elle donne des réponses tout juste suffisantes. Calme, s'occupe de travaux de couture.

2 Juin 1911. Se plaint de persécutions variées, dont elle attribue l'origine à des influences extérieures.

21 Août 1911. Aucun changement notable. Excellente travailleuse. Souvent tourmentée par des sensations cénesthésiques qui d'après elle seraient consécutives aux agissements des personnes qui lui veulent du mal. S'est plainte il y a quelque temps, que pendant la nuit une de ses jambes était devenue plus courte que l'autre, et ceci, parce que quelqu'un aurait frappé pendant la nuit son pied avec un lourd marteau et lui aurait ainsi enfoncé la jambe dans le ventre. Elle sentait à cet endroit l'os à nu.

15 Octobre 1911. Se plaint toujours d'être molestée pendant la nuit. On aurait provoqué l'apparition de taches bleues sur ses jambes. Se plaint de sensations désagréables dans la sphère génitale, parle parfois d'une façon très obscène.

10 Août 1912. A toujours toutes sortes d'hallucinations, on la pince, on cogne sur elle. Se plaint qu'on exerce sur elle des actes obscènes.

1912—1922. Toutes les notes prises de 1912 jusqu'à 1922 ne font que répéter les constatations faites dans les précédentes et qui peuvent se résumer dans ces mots : Plaintes stéréotypées sur de prétendus mauvais traitements.

16 Janvier 1922. Très tranquille, travaille régulièrement. Se plaint continuellement de ce que des gens viennent la tourmenter pendant la nuit. C'est surtout à ses orteils qu'on en veut. Demande au médecin d'intervenir pour qu'on la laisse tranquille.

A eu un érésipèle le mois dernier. A fait à cette occasion des interprétations délirantes.

7 Avril 1922. Bien orientée. Bonne travailleuse. Dit avoir été obligée de quitter son village parce que les gens se partageaient sa fortune. Entend des voix qui lui parlent doucement, l'insultent, lui disent des choses désagréables. Leur répond à voix basse. La nuit on vient à son lit, on la pique avec des aiguilles aux jambes. Emploie de nombreux termes pour désigner les

sévices dont elle est l'objet (tractieren, schicanieren etc.) Est atteinte de rhumatisme déformant.

9 Mai 1922. Souvenirs précis, attention bonne. Affectivité conservée.

Si elle est entrée à l'asile c'est parce que vers 1883 toute la ville excitait son mari et les gens contre elle. Les fabricants, chez qui elle travaillait ont pris un gros lot de plusieurs millions de francs qu'elle avait gagné, et l'ont partagé. Peu de temps après, en 1884 environ, elle entend des voix de gens qui n'étaient pas là et qu'elle ne voyait pas.

Entend des voix qui lui disent de ne pas travailler, de ne pas tricoter. On la tourmente constamment. On veut lui prendre jusqu'à sa nourriture. Autrefois les gens de L. voulaient déjà son argent, c'est pourquoi ceux de Ste. M. l'ont fait filer dans le Bas-Rhin.

3 Septembre 1922. Hallucinations auditives persistantes. On lui parle par derrière. On la frappe la nuit pendant son sommeil. Interprétations délirantes multiples.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION II.

Malade dont un oncle du côté paternel et une sœur ont présenté des troubles mentaux.

Aucune maladie organique grave dans le passé. Née en 1849. A peu fréquenté l'école, sait un peu lire, mais ne sait pas écrire, travaillait dans une fabrique. Mariée en 1880. Pas d'enfants.

1883 : Première apparition des troubles mentaux (à 34 ans) ; idées de persécution avec interprétations délirantes et probablement hallucinations de l'ouïe : on l'injurie, on la menace, on lui reproche d'avoir provoqué par une dénonciation calomnieuse le renvoi d'une ouvrière. Le mari prend le parti de ses persécuteurs.

1886. Internement à la clinique psychiatrique de Strasbourg pendant trois mois. En sort améliorée. Retourne auprès de son mari.

1887 : Recrudescence des troubles mentaux ; l'employé, qui sur ses indications aurait renvoyé l'ouvrière lui reprocherait de lui avoir fait commettre une injustice. C'est lui, qui serait le principal instigateur des persécutions, dont elle est l'objet. Très agitée, violente et hallucinée.

Août 1887 : Admission à l'asile de Stephansfeld. Exprime tous les jours des idées de persécution variées ; on lui met du poison dans ses aliments ; pendant la nuit on vient lui couper les cheveux, on la saigne ; on falsifie les lettres de son mari. Le délire est faiblement systématisé. Réagit d'une façon véhémente ; il lui arrive de lancer son assiette par terre, refuse parfois les aliments. A des hallucinations de la sensibilité générale surtout dans la sphère sexuelle. Quoique très délirante travaille régulièrement et assidûment.

1889 : Admission à l'asile de Hœrdt : Persistance des idées de persécution, continue à réagir avec une certaine intensité jusqu'en 1900 (refus d'aliments — tentatives d'évasion). Vers l'année 1907 commence à souffrir de rhumatisme articulaire chronique.

1909 : Admission à l'asile de Rouffach. Même état mental qu'à Hœrdt, caractérisé d'une part par l'existence d'un délire de persécution faiblement organisé avec hallucinations de la sensibilité générale et interprétations nombreuses, d'autre part par la correction de l'attitude de la malade qui travaille régulièrement malgré les prétendues vexations dont elle serait victime.

1922. Etat mental presque inchangé. Cependant le système primitif paraît s'être un peu modifié. Apparition d'idées de grandeur : ou lui a volé un gros lot de plusieurs millions de francs qu'elle avait gagné. En 1883 toute la ville excitait son mari contre elle. Hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe.

Orientation dans le lieu et mémoire bonne. Affectivité vis à vis de son mari et de sa famille diminuée. Pas de trouble apparent de l'association des idées. Pas de troubles autonomes de l'activité. Attitude et tenue extrêmement correctes.

DIAGNOSTIC.

Conception allemande : L'observation que nous avons sous les yeux se rapporte à une malade atteinte d'un délire de persécution depuis 40 ans. L'organisation de ce délire n'a jamais été parfaite, mais elle existe encore, malgré le grand âge de la délirante. A part un rhumatisme articulaire chronique, la malade n'a jamais été atteinte d'affections organiques graves et se trouve encore maintenant en très bonne santé.

Il s'agit donc d'un délire systématisé chronique endogène. D'après les renseignements venant de la part de personnes qui ont connu Madame B..... avant l'âge de 34 ans, celle-ci aurait été tout à fait normale pendant la période de sa vie qui a précédé l'année 1883. C'est à cette époque que seraient apparus brusquemment les premiers troubles mentaux.

Le début de l'affection est donc susceptible d'être déterminé d'une façon précise. D'ailleurs la pauvreté et la faible organisation du délire, l'apparition précoce des hallucinations de l'ouïe, la fréquence au cours de la maladie des hallucinations de la sensibilité générale, permettent d'éliminer la paranoïa.

Nous avons donc à faire à un délire accidentel.

La définition que nous avons donnée des délires endogènes accidentels indique que la prédisposition congénitale y joue un rôle important. L'hérédité chargée de la malade ne doit donc pas nous empêcher de penser à l'existence d'un tel délire.

Comme nous l'avons vu il existe en Allemagne deux variétés de délires endogènes accidentels, les paraphrénies et les formes paranoïdes de la démence précoce avec délire systématisé. C'est avant tout l'absence de dissociation psychique notable, qui permet de distinguer la première variété de la seconde.

La malade étant parfaitement lucide, malgré la longue durée du délire, nous devrions à première vue envisager le diagnostic de paraphrénie.

L'existence pendant des années d'un délire de persécution, auquel se sont jointes plus tard quelques idées de grandeur, l'absence des symptômes caractéristiques des 3 dernières formes de la paraphrénie devraient nous faire penser à la paraphrénie systématique.

Nous hésiterons néanmoins à poser ce diagnostic en nous rappelant que, pour Kraepelin, la démence précoce n'aboutit pas toujours à une dissociation profonde. Certains cas de démence précoce peuvent d'après lui se terminer au bout de quelques années par une guérison avec déficit. La question est de savoir, si le cas de Madame B. ne doit pas être considéré comme une démence précoce, dont la marche se serait arrêtée depuis de longues années, avant d'avoir provoqué l'apparition de troubles autonomes de la volonté et de l'affectivité.

La malade ne présente actuellement aucun trouble psychomoteur, aucune anomalie de la conduite, aucune diminution accusée de l'affectivité (elle a encore reçu dernièrement avec plaisir la visite de ses cousins). Ceci est incontestable, mais la marche de la maladie ne ressemble guère à celle que nous observons en général dans la paraphrénie systématique.

En effet nous ne trouvons dans ce cas ni l'évolution continue en plusieurs phases, ni la longue période des interprétations délirantes, ni l'apparition tardive (au bout de plusieurs années) des hallucinations, ni la perfection initiale de la systématisation du délire.

La maladie s'installe brusquement en 1883 et se manifeste d'emblée par de l'agitation et des troubles psycho-sen-

soriels. Internée en 1886 Mad. B. ne reste que trois mois à la clinique, en sort améliorée et retourne auprès de son mari. En 1887 elle semble faire une deuxième poussée aiguë. Est très agitée, violente et hallucinée. Elle est internée définitivement en août 1887. Déjà à cette époque le délire est faiblement systématisé. Les réactions sont violentes par moments. On note du refus des aliments, des bris d'objets, des tentatives d'évasion. Par intervalles la malade redevient calme et se met à travailler assidûment et régulièrement.

A partir de 1900 les réactions deviennent moins intenses, le délire semble se figer, la malade devient ce qu'elle est encore en 1923.

L'évolution discontinue aboutissant en l'espace de 17 ans à un état d'affaiblissement psychique qui depuis 23 ans n'a plus guère varié, ne nous permet pas de maintenir le diagnostic de paraphrénie systématique auquel nous avions d'abord pensé.

Kraepelin dit quelque part (T. III. P. 846) que certains états terminaux de la démence précoce se distinguent d'une part par l'absence des troubles autonomes de la volonté et de l'affectivité, d'autre part par la persistance du délire et des hallucinations.

Il les réunit sous le nom d'affaiblissement psychique paranoïde ou hallucinatoire (paranoider et hallucinatorischer Schwachsinn). Dans ces cas la dissociation réside dans la disproportion entre le délire et les réactions des malades.

Comme dans ces états le fonds de la personnalité est peu atteint, l'auteur propose de les appeler aussi des démences paranoïdes bénignes (Dementia paranoides mitis) par opposition aux démences paranoïdes graves (Dementia paranoides gravis), dans lesquelles la dissociation est plus accentuée.

Il nous semble que le cas de Madame B..... corresponde plutôt à une démence paranoïde bénigne qu'à une paraphrénie systématique.

Conception française : Examinons rapidement quel serait le diagnostic français convenant le mieux à cette observation.

Le délire d'interprétation serait éliminé d'emblée au profit du délire systématisé chronique hallucinatoire, représentant à lui tout seul les délires accidentels.

L'évolution systématique en quatre périodes étant très peu nette, le diagnostic de « Forme abortive du délire hallucinatoire » serait peut-être préféré à celui de « Délire chronique de Magnan ». Quoi qu'il en soit, et comme il ressort des considérations exprimées au chapitre II de l'étude théorique, l'affection serait considérée comme n'ayant aucune parenté avec la démence précoce.

OBSERVATION III.

Emilie S., née en 1880, mariée.

Certificat d'admission : Emilie S., catholique, 43 ans. N'a pas de famille ici pouvant donner des renseignements sur ses antécédents. Est arrivée ici de C..... avant-hier ; était auparavant dans le pays de Bade , où elle a été dans un établissement d'aliénés (?) La malade refuse de donner n'importe quel renseignement. Doit avoir été dans un asile du pays de Bade ; pas de renseignements à prendre à ce sujet. Entend depuis quelque temps des voix qui lui ont dit de venir à M.... pour épouser Monsieur G.... ; a été chez ce dernier et a essayé de parler à sa femme pour l'engager à divorcer, disant qu'elle occupe la place qui lui revient de droit. A de violents accès de colère quand on l'interroge. La malade refuse de donner n'importe quel renseignement. Très agitée. Demande instamment à voir Mr. G.... refuse toute autre explication. Il est d'urgence de la mettre dans un asile d'aliénés, la malade est très dangereuse.

Mars 1920. Examen à l'admission : La malade a l'air hautain; elle parle sur un ton de supériorité. Quand le médecin veut prendre la parole elle l'arrête d'un « Pardon, laissez-moi parler ». Ne fait d'ailleurs aucune difficulté pour raconter son histoire. Bien orientée. En l'absence de tout renseignement donné par la famille, elle nous renseigne elle-même sur ses antécédents familiaux.

Père : mort d'une affection pulmonaire.

Mère : morte de péritonite.

Grand-mère du côté maternel aurait été atteinte de troubles mentaux.

2 frères morts d'affections organiques.

Son mari serait en bonne santé, un peu éthylique.

Pas d'affections graves pendant l'enfance. N'a jamais été malade. A toujours eu des règles normales. N'a jamais été enceinte. Aurait aimé avoir des enfants. Un médecin lui aurait dit qu'elle ne pourrait jamais en avoir. A toujours eu un gros cou surtout à droite. Le lobe gauche ne se serait hypertrophié que depuis 2 ans. Mariée en 1905 avec un professeur de musique.

La maladie dont elle souffre actuellement se serait déclarée il y a 5 ans (1916), lorsqu'elle se trouvait encore auprès de son mari à B.... (Allemagne). Elle se mit à entendre tout ce qui se disait chez les locataires de l'étage supérieur. Cela lui était très désagréable, d'autant plus qu'elle avait l'impression que les voisins entendaient également ses paroles. Alla chez le propriétaire et chez l'entrepreneur pour leur demander ce que cela signifiait. Le propriétaire promit de recommander aux voisins de parler moins haut. Il lui conseilla de déménager dans le cas où elle ne serait pas soulagée. A la même époque elle remarqua que les enfants de sa voisine la poursuivaient partout en lui disant « Bonjour » d'un ton ironique. Elle se plaignit, et la voisine lui amena ses enfants pour qu'ils lui fassent des excuses. Deux jours après ils recommencèrent. Elle eut l'impression que les parents les excitaient à se moquer d'elle. Tout le monde à B..... parlait d'elle et de ses voix. Une colocataire se plaignit d'elle plusieurs fois d'une façon assez bizarre à son mari. Cette personne le fit asseoir un jour sur une chaise au rez-de-chaussée et fondit en larmes. Cette femme fit des avances à la malade elle-même ; lui proposa de passer la soirée avec elle. Elle refusa ces offres, car sa voisine ne lui plaisait pas, et elle la soupçonnait de vouloir se moquer d'elle.

Il y a 3 ans (1918) elle alla un jour à la mairie. La voisine qu'elle rencontra lui dit qu'elle irait bientôt dans une maison d'aliénés ; une autre voisine dit aux vendeurs de la place du Marché, qu'ils devaient lui vendre tout ce qu'elle demanderait. Toutes ces paroles lui parurent suspectes. D'ailleurs les gens s'attroupèrent autour d'elle et elle entendit dire : « Oh ! la pauvre femme ». Elle n'en fit pas moins des achats et en les réglant, elle compta à haute voix les pièces d'argent, pour que le public se rendît compte qu'elle savait calculer et qu'elle était dans son état normal. La femme du pasteur qui l'entendit ainsi compter dit aux personnes présentes : «Madame S.... est un peu agitée». De là elle se rendit chez sa belle-mère où elle entendit encore chuchoter ses belles-sœurs. Elle rentra le soir chez elle, prépara le dîner. Le lendemain elle alla consulter un médecin qui après l'avoir interrogée, lui prescrivit un médicament. En sortant elle entendit nettement une voix qui disait : «Elle n'a pas tout dit ». Rentrée chez elle la vie lui devint de plus en plus intolérable par suite des voix qu'elle entendait continuellement. Aurait aussi une fois vu une flamme bleue sortant du mur (décrit minutieusement cette apparition). Madame H.... sa voisine devint encore beaucoup plus désagréable qu'auparavant et menaça de lui jeter du vitriol à la figure. Elle se décida à quitter son logement pour aller habiter chez sa belle-sœur, où elle continua à entendre des voix, d'une façon prédominante celle de Mr. le Dr. G..... chez lequel elle avait été en traitement

dans le temps à M.... Au bout de 8 jours elle se laissa emmener dans un établissement à H.... Elle y resta du 14 juillet 1918 au premier octobre 1919. Les voix continuèrent à la poursuivre. Elle fut néanmoins envoyée en congé au bout de 14 mois et habita alors tour à tour chez une tante à M.... et chez des amies à G.... Son mari venait quelquefois la voir. Peu à peu l'idée lui vint que ce dernier pourrait être responsable de sa maladie et de son internement à l'établissement de H.... Aussi elle le prit en grippe et décida d'obéir aux indications que les voix semblaient lui donner en l'appelant toujours « Madame G....». Elle se rendit donc en Alsace. Auparavant elle demanda le divorce. Mais son mari n'y consentit point.

Elle partit pour Kehl en février 1920 et fut obligée de s'en retourner d'où elle était venue, parce qu'elle n'avait pas ses passeports. Elle revint à Kehl quelques semaines plus tard accompagnée de son mari qui lui souhaita un bon voyage au moment où elle le quitta pour se rendre en Alsace.

Elle se rendit d'abord à N.... son pays natal, où elle resta quelques jours. Puis elle alla passer une nuit chez une amie à C.... Celle-ci l'accompagna le lendemain jusqu'à M.... Dans l'après-midi elles se rendirent toutes deux à la consultation du Dr. G.... Elles ne furent pas admises tout de suite. Le docteur fit passer une dame avant-elle. Mr. G.... lui apparut d'abord sous l'aspect d'un homme assez âgé. Lorsqu'elle fut en tête à tête avec lui, il lui apparut au contraire comme un tout jeune homme. Mr. G.... étant sorti de la chambre il sembla de nouveau métamorphosé en revenant. Lorsqu'il prit congé d'elle il lui apparut enfin comme celui qu'elle avait connu autrefois. Mr. G.... l'aurait accueillie comme une ancienne cliente qu'on aurait soignée pendant longtemps. Il se serait exclamé : « Tiens voilà Emilie ! que désires-tu ? » Elle fut admise dans un service de l'hôpital, reçut la visite d'un assistant, mais réclama toujours les soins de Mr. le Dr. G.... Finalement on la fit sortir, et elle partit pour C.... Là elle entendit encore les voix et elle retourna à M.... Au moment où elle arriva chez Mr. G....., celui-ci était absent. Un petit garçon vint dans la salle d'attente et lui dit que son papa n'était pas encore rentré. Elle demanda à parler à Madame G...., mais on lui dit qu'elle n'était pas à la maison. Elle déclara qu'elle avait le temps, qu'il fallait absolument qu'elle causât avec Mr. G.... et qu'elle attendrait aussi longtemps qu'il faudrait. Quelques heures plus tard on la fit monter dans une automobile, qui l'emmena dans un hôpital. Elle y resta quelques jours et fut amenée ensuite à l'asile de Rouffach.

La malade se rappelle qu'elle fut d'abord placée au pavillon No. 2, puis transférée au No. 4. Les voix continuent à lui par-

ler. Elle croit remarquer que la nourriture et en général la manière dont sont traitées ses voisines dépend de la nature de ses voix.

Quand elle entend la voix du Dr. G..... les repas sont préparés d'une certaine façon ; quand elle entend la voix de son mari, la nourriture est tout autrement préparée. Aussi elle croit qu'on la retient ici parce qu'elle exerce une fonction, fonction qu'elle n'arrive pas bien à déterminer, mais qui est en rapport avec ses voix et qui exerce une influence sur l'alimentation ainsi que sur d'autres choses qu'elle ne précise pas.

Ses pensées ne lui appartiennent plus.

Emilie a vécu à Paris jusqu'à l'âge de 7 ans. Se rappelle avoir remporté un prix à l'école. Rentrée en Alsace elle continua ses études à l'école primaire. Se maria à 28 ans avec un professeur de musique qui était en même temps maître de chapelle. A appris un peu l'harmonium, dit s'être intéressée à l'activité de son mari. Ne connait cependant pas le nombre des symphonies de Beethoven. Dit que J. S. Bach a composé une série d'œuvres groupées sous le nom de « Ring » (Anneau) ; connait la composition instrumentale du quatuor à cordes. Ignore les noms de compositeurs allemands modernes comme Brahms et Richard Strauss.

L'Alsace était française 42 ans avant 1870. Ne connaît pas Louis XIV. Il habitait de préférence à Sans-Soucis.

Ne connait pas la capitale de l'Espagne, dit d'abord que c'est Lisbonne, puis Milan. Connait les capitales de la Russie et de l'Autriche. Est catholique romaine ; il y a aussi les vieux catholiques et les protestants. Connait les noms de Martin Luther et de Mélanchton.

Calcule d'une façon satisfaisante.

Femme de 45 ans, en bon état de nutrition.

Nombreux stigmates physiques de dégénérescence :

Palais ogival, lobules des oreilles très adhérents. touffes de poils au menton, mauvaise dentition, stérilité.

Hypertrophie diffuse du corps thyroïde, pouls = 112, exophtalmie légère.

Tremblement des doigts écartés et de la langue.

Réflexes rotuliens et achilléens très vifs.

A gauche ébauche de clonus du pied.

Sensibilité à la douleur, sensibilités tactile et profonde normales.

Pupilles égales, régulières, réagissent bien à l'accommodation et à la lumière.

Les règles sont encore régulières et normales comme durée et quantité.

Rien de particulier à l'examen du tube digestif et des organes respiratoires.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Avril 1920. Renseignements (donnés par le mari) : Grand-mère maternelle n'aurait pas été normale.

Mariée en 1905. Avant son mariage la malade aurait eu une déception amoureuse à la suite de laquelle elle aurait fait une tentative de suicide.

Aurait été traitée à M.... par un Dr. G.... pour une affection sur laquelle le mari n'a jamais pu avoir de renseignements. Après son mariage elle parlait encore souvent de son ami le Dr. G.... et lui écrivait des lettres. Elle fut une fois obligée de garder le lit pour une sciatique. Etait sujette aux maux de tête. Un médecin aurait déclaré qu'elle était atteinte d'une maladie de cœur.

La malade était très susceptible. Lorsque pour une raison ou pour une autre son mari lui faisait des reproches, elle parlait tout de suite de le quitter. A part cela, le ménage était très uni, quoique le mari fût allemand et la femme alsacienne et francophile. C'est vers Pâques en 1916 que le mari remarqua pour la première fois, que sa femme présentait des troubles mentaux. L'apparition de ces derniers fut précédée d'une période de fatigue et de courbature. Puis la malade commença à se plaindre de prétendues vexations dont elle était l'objet de la part de ses colocataires. Dans la rue des gens la regardaient d'une façon étrange, et riaient. Un inconnu la poursuivait et la traitait de « Schafskopf » (tête de mouton). Sa famille la calomniait etc.... La malade regardait les gens avec défiance, ne les saluait plus, se brouilla avec toute sa famille.

Il lui arrivait souvent d'éclater de rire tout en travaillant à la couture. Quand son mari l'interrogeait sur les causes de ses accès de gaîté elle ne répondait pas. Elle entendait des voix venant des étages supérieurs. Le propriétaire de la maison finit par dénoncer le bail. Finalement le médecin conseilla de placer la malade à la clinique psychiatrique de H.... Les médecins de cet établissement disaient que pendant son séjour, la malade était très réticente et donnait des réponses évasives à toutes les questions qu'on lui posait. Au bout de cinq mois son état ne s'était pas amélioré et le médecin parla de la faire transférer dans un asile.

Une amie de la malade proposa de l'emmener chez elle à C.... Le mari s'opposa d'abord à ce projet, mais finit par

céder devant l'insistance de sa femme. Au mois de février 1920 il l'emmena à Kehl et prit congé d'elle. Pour obtenir son passeport pour l'Alsace elle n'avait pas hésité à demander le divorce avec son mari allemand. Au bout de quelque temps l'amie qui l'avait reçue écrivit au mari que maintenant elle s'apercevait que sa femme était vraiment malade ; que cette dernière avait même démoli des meubles. Elle fut obligée de l'accompagner à M.... chez le Dr. G...., qui la fit interner à l'asile de Rouffach.

2 Janvier 1921. Accès d'agitation périodiques pendant lesquels la malade réagit à ses hallucinations par des cris et des injures à l'adresse de son entourage. Dans les intervalles se conduit d'un façon correcte, mais ne s'occupe pas spontanément.

22 Juillet 1921. Croit toujours que l'alimentation et en général la manière dont sont traitées ses voisines dépendent de la nature de ses voix. Dans une lettre adressée à son mari elle souhaite que la France puisse bientôt la dispenser de sa fonction, ce qui lui permettra de rentrer chez elle et de reprendre sa vie auprès de lui.

15 Septembre 1921. Dans une lettre à son mari réclame à l'Alsace-Lorraine un milliard de francs en or par année pour le rôle qu'elle a été appelée à jouer par l'intermédiaire de ses voix. Ne donne aucune précision sur la nature de ce rôle.

19 Mai 1922. Traduction d'une lettre adressée au Dr. G.... le 19. V. 1922.

« Au début de cette semaine j'ai reçu une communication du tribunal de B.... auquel je m'étais adressé au sujet de mon séjour ici, qui dure déjà depuis 2 ans 1/4. On m'a fait savoir qu'étant une femme allemande je ne possède plus aucune fortune en Alsace, que ma maison est séquestrée et mise en adjudication, que seul le procureur de la République de Colmar est responsable de mon internement injustifié.

Vous savez bien Monsieur le Dr. G.... comment je suis venue en Alsace comme femme divorcée, munie des papiers nécessaires. C'est donc vous qui m'avez indiqué ce que je devais faire pour pouvoir venir.

A mon arrivée ma première visite fut pour Mr. H.... avec les papiers de mes chers parents décédés, afin de sauvegarder comme enfant unique la fortune et pour obtenir la clef de la maison qui était fermée.

A la mairie de N.... je reçus la clef, et des locataires les sommes représentant les intérêts des propriétés louées.

Après un séjour de 8 jours à N.... je me rendis à M.... chez le Dr. G..... pour y trouver la guérison des voix qui m'accompagnaient continuellement. J'avais une grande confiance en vous et avais le ferme espoir que vous m'aideriez.

Il en fut tout autrement ; je fus renvoyée par vous comme

j'étais venue, c. à. d. avec des voix, et vous me fîtes dire que j'étais bien portante. Ici je reçus une explication en ce sens, que les gens sont répartis avec le professeur et qu'on leur donne ainsi leurs repas.

Je ne sais pas comment je suis arrivée à cette fonction de femme unique parlant avec des voix comme les voix elles-mêmes. L'Asile de Rouffach est trop grand pour moi, et c'est ainsi que je m'explique les maux continuels, dont je ne souffrais pas autrefois. C'est ainsi que j'en vins à m'adresser au tribunal.

Quelle réponse recevrai-je de Monsieur le procureur de la République ? Depuis 3 mois on me donne mes habits. Pendant l'après-midi je m'occupe de travaux de couture ; il m'est même arrivé plusieurs fois de me lever le matin, mais alors je ne puis tenir ma tête, je me fatigue et suis obligée de me recoucher. C'est le 3e pavillon dans lequel je séjourne. Les murs du côté de l'intérieur qui nous séparent des cellules sont creux et renferment des petits placards dans lesquels pendent des chaînettes qui d'après moi sont en communication avec l'électricité. Le personnel y range des pièces de linge. Toutes les fois qu'on en retire du linge, j'éprouve une sensation de chaleur; la douleur est analogue à celle d'une brûlure.

D'après moi la sensation de raideur dans la tête me vint du thermomètre qui est dans la salle de bain. C'est un grand thermomètre qui se trouve dans le mur et qui sert à la régularisation de la température du bain ou qui se trouve en communication avec l'électricité par l'intermédiaire du petit placard.

Dans le temps je ne souffrais pas de mon état. Ce n'est qu'à Rouffach qu'on n'a pas su éloigner de moi la douleur.

Séparée de ma famille je me sens si abandonnée ; pour combien de temps encore ?

Je vous souhaite ainsi qu'à votre estimée famille de joyeux jours de fêtes.»

Signé : E. S.....

20 Juillet 1922. On envoie la malade à la cueillette des groseilles. Elle semble jouir beaucoup de la campagne, travaille mais demande assez fréquemment à se reposer.

25 Janvier 1923. Toujours très hallucinée. Est par moments très irritée contre ses voix et se répand en injures contre elles. Par moments redevient très calme. S'occupe un peu à des travaux de couture. Depuis quelque temps le personnel a remarqué chez elle un léger changement. Semble affaiblie au point de vue psychique. A perdu dans une certaine mesure le sentiment de la pudeur, qu'elle avait auparavant. Se rend aux lieux sans mettre sa jupe ; ne rentre plus dans son lit à l'arrivée des mé-

decins, comme autrefois. Le délire déjà faiblement organisé au début, est devenu maintenant tout à fait incohérent. Elle n'est plus la femme du Dr. G...., les voix lui ont dit qu'elle était mariée à l'un des internes de l'asile. Elle entend aussi la voix de cet interne qui lui dit : « Chère Emilie — je t'embrasse — tu es ma bien-aimée etc..... » Elle ressent toutes sortes de sensations pénibles, des brûlures, des piqûres, des maux de tête ; ces sensations sont provoquées au moyen du lysol. Elle a aussi un goût de soufre dans la bouche. Ne donne aucun renseignement sur ses persécuteurs, semble ne pas se préoccuper beaucoup de les connaître. Voit souvent pendant le jour et pendant la nuit l'image de l'interne.

Lorsqu'on évoque devant elle le souvenir de ses parents elle a les larmes aux yeux.

Passe d'un moment à l'autre du ton aimable et enjoué à celui de la colère.

N'exprime aucune idée de grandeur. Lorsqu'on lui demande si c'est parce qu'elle est d'une haute naissance qu'elle a été reçue avec tant d'égard à K.... par les officiers français elle rit et dit : «mes ancêtres étaient des paysans». Son air hautain et son attitude altière font néanmoins supposer l'existence d'idées de satisfaction.

Ne présente pas de troubles psychomoteurs prononcés. On observe cependant depuis quelques mois des gestes maniérés. Un interne ayant dernièrement fait le geste de lui serrer la main, elle a étendu le bras dans une autre direction et ouvert la main.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION III.

A. H. Grand-mère maternelle aurait été malade de la tête.

A. P. Née à N... en 1880, a vécu à Paris jusqu'à 7 ans. A fréquenté l'école primaire. Mariée à 28 ans avec un professeur de musique de B..... (Allemagne). Pas d'enfants.

Pas d'affections graves dans le passé. A toujours eu un gros cou, à droite. Le lobe gauche se serait hypertrophié il y a deux ans (1919). Premiers troubles mentaux en 1916. Entendait tout ce que disaient les locataires de l'étage supérieur. Avait l'impression que les voisins entendaient ses paroles. Les enfants de sa voisine lui disaient bonjour d'une façon moqueuse. Tout le monde à B. parlait d'elle et de ses voix.

1918. Persistance des hallucinations auditives et des interprétations délirantes. Va consulter un médecin. En sortant de la consultation elle entend une voix qui dit : «Elle n'a pas tout dit ». Voit un jour une flamme bleue contre le mur. Vie de plus en plus intolérable. Quitte son appartement pour aller habiter chez sa belle-mère. Commence à entendre la voix du Dr. G..... chez lequel elle a été en traitement.

Séjour dans un asile à H..... de juillet 1918 à octobre 1919. Après sa sortie vit séparée de son mari, qu'elle a pris en grippe. Décide d'obéir aux indications de ses voix qui l'appellent Mme. G..... Demande le divorce ; le mari n'y consent pas. Se rend en Alsace en février 1920. Consulte le Dr. G..... Celui-ci apparait à plusieurs reprises dans la salle d'attente, chaque fois sous un autre aspect. Une fois, il lui apparait comme un vieillard, puis comme un tout jeune homme, et enfin tel qu'elle l'a connu autrefois. Après quelques jours passés à l'hôpital de M....., part pour C....., entend de nouveau ses voix, retourne à M....., demande à parler à Madame G..... puis à Monsieur G..... Au bout de quelques heures d'attente on la fait monter en automobile.

Admission à Rouffach en mars 1920.

On note que la malade présente déjà depuis longtemps de l'exophtalmie, un goître et quelquefois de la tachycardie. Hallucinations de l'ouïe très actives. Accès d'agitation périodique pendant lesquels la malade réagit à ses hallucinations par des cris, des injures à l'adresse de l'entourage. Dans les périodes de calme conduite ordonnée.

Croit que l'alimentation et en général la manière dont sont traitées ses voisines dépend de la nature de ses voix. Quand elle entend la voix du Dr. G..... la nourriture est telle, quand elle entend la voix de son mari la nourriture est autre. Elle en conclut qu'on la retient ici parce qu'elle accomplit une fonction, fonction qu'elle ne précise pas, mais qui est en rapport avec ses voix. Dans une lettre à son mari elle souhaite que la France puisse bientôt la dispenser de sa fonction, ce qui lui permettra de rentrer chez elle et de reprendre sa vie auprès de lui.

En somme elle est influencée et elle influence.

Air digne, ton protecteur ; est très sensible aux marques de politesse.

Septembre 1921. Dans une lettre à son mari réclame à l'Alsace-Lorraine un milliard de francs en or par année pour le rôle qu'elle a été appelée à jouer par l'intermédiaire de ses voix.

Mai 1922. Ecrit au Dr. G..... une lettre assez cohérente, où elle proteste contre son internement. Se plaint d'entendre continuellement des voix. Ne comprend pas comment elle est arrivée à «cette fonction de femme unique parlant avec des voix comme les voix elles-mêmes ». — Exprime quelques idées délirantes de persécution — on l'électrise au moyen d'instruments qui sont dans les placards creusés dans le mur et du thermomètre qui est dans le bain.

Juillet 1922 : Assez calme. — Toujours hallucinée. — Prend part à quelques travaux faciles au jardin.

Janvier 1923 : Léger affaiblissement psychique ; le sentiment de la pudeur tend à disparaître. — Le délire est devenu encore plus incohérent qu'auparavant. — A des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue et de la sensibilité générale. — Idées délirantes de persécution, idées délirantes érotiques ; attitude hautaine faisant supposer l'existence d'idées délirantes ambitieuses. — Affectivité encore conservée.

Pas de troubles psychomoteurs très apparents, cependant ébauche de maniérisme et quelques pararéactions. N'est pas malpropre.

DIAGNOSTIC.

Conception allemande : L'observation qui vient d'être relatée se rapporte à une psychose délirante dont le début remonte à l'année 1916 et qui dure actuellement encore. Le délire y est mal systématisé, mais la malade jusqu'à maintenant est assez lucide.

Il n'existe aucune cause extérieure pouvant expliquer l'apparition des troubles mentaux. On observe bien l'existence d'un syndrome basedowien, mais la malade a toujours eu la glande hypertrophiée à droite. Le lobe gauche s'est hypertrophié en 1919, c. à. d. 3 ans après le début de la psychose. Il est donc peu probable qu'il existe un rapport de cause à effet entre le goître exophtalmique et le délire. D'ailleurs, s'il existait il s'agirait pour Kraepelin plutôt d'une cause interne que d'une cause externe.

Nous avons donc à faire à un délire systématisé chronique endogène.

D'après les renseignements donnés par la famille, la malade aurait eu avant son mariage, en 1905, un chagrin d'amour qui l'aurait amenée à faire une tentative de suicide. Son mari nous dit qu'elle a toujours été fort susceptible. Nous rencontrons donc chez elle bien avant l'apparition des troubles mentaux proprement dits deux traits de caractère qui depuis se sont singulièrement développés : l'exaltation amoureuse et la tendance aux idées de persécution. Devons-nous pour cela penser à la paranoïa ? Nullement ; car l'époque de début de la psychose peut être déterminée d'une façon précise. Les troubles psychiques sont apparus en 1916 aux environs de Pâques. Ils ont été précédés d'une période de fatigue et de courbature. De plus, l'évolution ultérieure de la maladie et l'apparition des hallucinations nous montrent qu'il ne peut être question d'une paranoïa.

Un délire systématisé chronique endogène, qui n'est pas une paranoïa, ne peut être qu'un délire accidentel, c. à. d. une paraphrénie ou une démence précoce paranoïde.

Dans le cas où il s'agirait d'une paraphrénie, nous ne pourrions envisager que la forme systématique. L'état dé-

pressif plutôt qu'euphorique, la prédominance des hallucinations sur les confabulations, l'absence d'idées délirantes à caractère fantastique nous feraient éliminer d'emblée les 3 dernières formes.

Mais s'agit-il vraiment d'une paraphrénie ? Kraepelin ne porterait-il pas plutôt le diagnostic de démence précoce paranoïde ? Voilà la question très embarrassante qui se pose à nous.

On ne peut contester que l'évolution de la maladie ressemble beaucoup à celle d'une paraphrénie systématique. On observe une phase d'inquiétude et d'interprétations délirantes, puis un délire de persécution avec de nombreuses hallucinations de l'ouïe, enfin des idées de grandeur venant s'adjoindre au délire de persécution, finalement un léger affaiblissement psychique. Toutes ces phases se succèdent en pénétrant les unes dans les autres et sans entamer grandement la lucidité de la malade. La conservation relativement bonne des sentiments affectifs à l'égard de la famille, l'absence de troubles psychomoteurs contribueraient encore à étayer le diagnostic de paraphrénie systématique.

Deux faits cliniques vont néanmoins nous empêcher d'établir ce diagnostic ; ce sont la précocité de l'affaiblissement psychique et la nature de ce dernier. La maladie a abouti au bout de 7 ans déjà à un état d'affaiblissement psychique indéniable. Cet état ne se traduit ni par des troubles psychomoteurs ni par de la diminution de l'affectivité, mais il est caractérisé par un certain degré d'incohérence. Après avoir cru pendant longtemps être la femme d'un docteur G..... la malade se figure maintenant être aimée d'un interne de l'asile. Elle annonce cette bonne nouvelle au Dr. G..... lui-même. La lecture attentive de cette lettre montre qu'il ne s'agit pas du tout d'une vengeance à l'égard d'un mari infidèle. La lettre est donc incohérente.

Le personnel a remarqué depuis quelque temps une diminution notable des sentiments de pudeur, contrastant avec l'attitude digne et hautaine de la malade.

Le délire est de moins en moins organisé, la malade n'éprouve même pas le besoin de se renseigner sur l'identité de ses persécuteurs et sur les raisons pour lesquelles on la tourmente avec du lysol. On constate en outre des gestes maniérés et quelques pararéactions.

Au début de son chapitre sur les paraphrénies Kraepelin dit ceci : «Si l'on passe en revue un assez grand nombre de

cas d'affections présentant un délire chronique, on trouvera toujours que beaucoup d'entre elles, d'après mes expériences environ 40 0/0, présentent en peu d'années les signes caractéristiques de la démence précoce.»

Madame S..... nous paraît après 7 ans de maladie trop affaiblie, trop dissociée, pour que nous puissions en faire une paraphrénique systématique. Nous croyons que Kraepelin en ferait une démence précoce paranoïde et même une «Dementia paranoides gravis».

Conception française: Nous croyons qu'en France le diagnostic de délire systématisé hallucinatoire s'imposerait. Etant donné le peu d'intensité des troubles psychomoteurs et des troubles de l'affectivité, l'état démentiel de Mme. S.... serait considéré comme trop peu caractéristique pour justifier le diagnostic de démence précoce.

OBSERVATION IV.

Caroline T., née en 1857, célibataire.

Antécédents héréditaires : Père vigneron, décédé en 1889 à 69 ans de pneumonie ; mère, décédée en 1889, à 61 ans, après avoir souffert pendant 25 ans d'une maladie des membres ; avait présenté des troubles mentaux intermittents vers l'âge de 55 ans. Aucun autre cas de maladie mentale dans la famille. A 4 frères et 2 sœurs, dont les âges sont compris entre 40 et 59 ans. Elle est la quatrième. La sœur aînée est invalide et ne peut plus travailler. Les autres frères et sœurs seraient tous en bonne santé et presque tous mariés ; la plus jeune est religieuse.

Antécédents personnels : Comme enfant a toujours été bien portante. A l'âge de 16/17 ans, au moment des premières règles, elle présenta des crises convulsives. Pendant un an elle eut 4 à 5 crises par semaine, avec perte de connaissance, mais sans morsures de la langue et sans mictions involontaires. Fut obligée de quitter l'usine où elle travaillait depuis 2 ans. N'a pas beaucoup fréquenté l'école, faisait souvent l'école buissonnière. Jusqu'en 1889 elle soigna ses parents, puis se plaça comme servante, changea fréquemment de place. Etait incapable de rester plus longtemps que quelques mois dans la même famille. Pas de condamnations. Se plaça pour la dernière fois chez une dame K.... à M.... puis entra à l'hôpital de G.... Les frères ne savent pas pour quelle raison elle y fut admise. Elle s'y montra très querelleuse et se plaignit d'être persécutée par les religieuses.

Etait exaltée, avait des idées mystiques, faisait des interprétations délirantes, exprimait des idées de persécution : disait qu'on voulait attenter à ses jours, la représenter comme folle. N'a jamais présenté d'exaltation sexuelle. Internée à l'asile de Rouffach après trois ans de séjour à l'hôpital de G....

18 Octobre 1909. Examen au moment de l'admission :

Rien de particulier au point de vue physique.

La malade indique correctement ses noms et prénoms. Est orientée dans le temps et le lieu. Etait en dernier lieu à l'hôpital de G..... C'est pour la persécuter qu'on l'a envoyée à l'asile. Tout le monde à l'hôpital cherchait à lui faire du mal.

Est incapable de rapporter tout ce que l'on disait d'elle, «c'est par trop honteux».

Quand on lui demande pourquoi les gens lui veulent du mal elle se met à raconter son histoire depuis l'époque où elle quitta sa famille pour se placer :

« J'étais en service dans une famille où la maîtresse de maison mourut. Le veuf se remaria. Le fils de la deuxième femme venait s'asseoir à côté de moi à la cuisine et se mettait à fumer une cigarette ; c'était insupportable. J'avais beau le chasser. Il revenait toujours.

Je quittai la place et entrai en service chez un Monsieur K.... J'y fis le ménage pendant six mois.

Puis je servis un vieux ménage. Il y avait dans cette maison une femme de chambre qui n'avait pas quitté la famille depuis 1870 et qui avait vécu en concubinage avec le frère de Madame. Elle me raconta qu'à la mort de son maître elle avait subtilisé deux billets de banque, de 10 000 francs chacun. Je voulus m'en aller, mais Madame ne me laissa pas partir, refusa de me donner mon salaire et me persécuta de mille façons. A la fin de l'année elle me donna 300 francs et voulut me faire épouser un cocher. Je lui répondis que, même si j'étais veuve avec 12 enfants, je ne me marierais pas avec lui, parce qu'il avait séduit une fille dans le Bas-Rhin. Elle me frappa alors et je ripostai immédiatement en la poussant violemment contre l'armoire. Son mari intervint. Comme elle continuait à m'insulter je pris mes affaires et m'en allai sans avoir reçu mon salaire. On me doit encore 375 francs.

Je me rendis à C...., mais elle m'y suivit. Elle pénétra même dans la maison du notaire de F.... chez lequel j'étais entrée en service. Je ne l'ai pas aperçue, mais j'ai entendu les gens parler d'elle et de son arrivée à F.... Je retournai alors à G.... Je faillis tomber à la renverse de frayeur lorsque je rencontrai la femme de chambre de mes anciens maîtres. Je ne pus rester plus longtemps à G.... et me rendis de nouveau à C...., où je fus employée à la buanderie de l'établissement d'hydrothérapie. La religieuse voulait avoir le savon de l'aumônier pour la lessive de l'établissement. Comme je refusai de lui en donner, elle me persécuta tant qu'elle put.

Je m'en allai à A.... et restai dans la même place pendant 14 mois. Finalement ma maîtresse fut mise au courant de certaines choses et me pria de quitter la maison.

J'obtins une place chez une dame L.... Je la quittai bientôt parce qu'on m'avait rendue responsable de la disparition de deux œufs. Cette fois là aussi, on avait envoyé des lettres pour me calomnier. Je me rendis à M.... chez le placeur H.... J'aurais pu avoir une place rétribuée 60 Marks par mois. Je

l'aurais acceptée si cette fille (la femme de chambre) ne m'avait pas poursuivie de ses persécutions.

J'acceptai alors une place à l'hôtel de W....; cette maison était un repaire de bandits. Le patron a commis six à huit meurtres. Il a commencé par tuer la personne à laquelle je succédais ; puis ce fut le tour d'une femme et de deux enfants. Je n'ai pas vu de mes propres yeux la scène du meurtre, mais j'en ai aperçu des traces ; il a brûlé les cadavres le jour suivant. Il a voulu me tuer d'un coup de fusil, mais il ne m'a pas atteinte et j'ai pu prendre la fuite. Deux petits garçons m'ont montré le chemin à travers la forêt, je leur ai donné à chacun 1 Mark et 5 Pfennigs. Je me rendis à M.... où je servis dans différentes maisons. Mais partout la calomnie me poursuivit. C'est cette mauvaise fille qui est cause de toutes ces persécutions.

Un jour j'aperçus le bandit de W.... qui traversait les rues de M.... à bicyclette. Il était suivi de tout son parti (20 hommes en bicyclette) ; le premier portait un fanion blanc. Ils venaient dans l'intention de m'assassiner. J'entendis l'un d'eux dire : « La voici, cette fois-ci nous l'aurons ». Je me cachai dans une maison ; ils me cherchèrent depuis le dimanche de la Trinité jusqu'au premier août, sans succès. Ils vinrent tous les matins à 3 heures pendant toute une semaine. Parmi mes persécuteurs il se trouvait certainement des socialistes, car ma maîtresse dit un jour : « Si les patrons étaient les maîtres, ces choses ne seraient pas arrivées ». Je dénonçai le bandit à la police, et un samedi la nouvelle de son arrestation parut dans les journaux. L'individu arrêté répondait aux indications que j'avais données. Je partis pour G.... Quatre hommes me suivirent dans le train. A G.... je servis dans un hôtel. Ils ne cessèrent à aucun moment de me poursuivre ; pendant la nuit ils faisaient le guet devant ma porte, cherchaient à entrer par la fenêtre ; mais ils n'ont pas réussi à me prendre. Je me tenais toujours près de la croisée, derrière le rideau et je n'aurais pas hésité à sauter par la fenêtre, s'ils avaient pénétré dans la chambre.

S'ils avaient mis du poison dans mes aliments ils auraient été empoisonnés en même temps que moi, car je ne mangeais jamais rien seule.

C'est à l'hôtel du C.... qu'ils se réunissent ; le chef socialiste A.... est employé à l'hôpital de G.... C'est lui qui veut m'assassiner. »

Le fonds intellectuel est proportionné à l'éducation que la malade a reçue.

La malade paraît un peu bourrue. A plusieurs reprises le ton est devenu un peu euphorique, inadéquat au contenu du récit.

25 Octobre. Aucun changement notable.

Est d'une humeur égale ; est tranquille, bienveillante. N'exprime aucune idée délirante.

16 Novembre. Travaille régulièrement. N'exprime pas d'idées délirantes. Ne fournit aucune indication pouvant faire supposer l'existence d'hallucinations.

15 Décembre. Continue à travailler avec zèle. Exprime de temps à autre des idées de persécution. Transférée à la division des travailleuses.

3 Mars 1910. Même état mental. Persistance des idées de persécution. Travaille néanmoins avec une régularité et une exactitude remarquables. Employée à la communauté des sœurs.

3 Novembre. Travaille comme femme de ménage dans la maison du directeur. Est rarement présente à la visite médicale. Lorsqu'elle revient de la maison du directeur elle se rend encore utile dans la division. A une très haute idée d'elle-même. N'accepte de remarques ni des sœurs ni des infirmières.

10 Novembre. Déclare que les fils du directeur sont appelés à devenir des fonctionnaires haut placés, et que, comme tels, ils lui feront du tort. S'élève contre les ordres de la maîtresse de maison ; est passablement irritable.

15 Mars 1911. Ayant été obligée de s'aliter pendant quelques jours à la suite d'une angine elle se préoccupe énormément de ne pas perdre sa place.

11 Mai. Bonne travailleuse, calme, bienveillante, mais très entêtée.

12 Juin. A souvent de légers conflits avec son entourage, plutôt avec le personnel qu'avec les malades. Se montre la plupart du temps aimable vis à vis du médecin. Est parfois mécontente, renfermée. Exprime de temps en temps de vagues idées de persécution, en beaucoup moins grand nombre qu'autrefois.

22 Août. A été obligée d'interrompre pendant quelques semaines son travail dans la maison du directeur, parce qu'elle se montrait irascible et grossière à l'égard des enfants et parce qu'elle menaçait de leur lancer des pierres. Très imbue d'elle-même elle se laissait aller à des grossièretés et à des actes de violence contre le personnel de la division.

15 Octobre 1911. A repris ses occupations. A souvent des difficultés avec les autres malades. Voulait absolument que, malgré la grande chaleur on laissât la fenêtre fermée sous prétexte qu'elle avait vu entrer un oiseau noir. Personne en dehors d'elle n'a jamais vu cet oiseau.

12 Janvier 1912. Très excitée ce soir. Déclare qu'au cabinet, une malade lui a barbouillé la bouche avec des matières fécales.

Accuse plusieurs personnes de ce méfait. Manifeste l'intention d'étrangler quelqu'un, si on l'oblige à se coucher.

Transférée à la division des agitées.

13 Janvier. De nouveau très calme. Maintient cependant les assertions qu'elle a émises la veille, et dont le bien fondé ne peut être vérifié en aucune façon. Demande une purgation qui la débarrasse de ce qu'elle a ingéré.

16 Janvier Renvoyée à la division des travailleuses, reprend ses occupations.

16 Novembre. Exprime de temps à autre des idées de persécution étranges et fantastiques ; des animaux viennent la tourmenter pendant la nuit. Souvent irritable ; menace son entourage.

14 Mars 1913. Très irritée et menaçante ; croit que des choses étranges s'accomplissent contre elle ; elle est influencée à distance.

20 Août 1914. Même état mental. Est montée surtout contre les infirmières. Lorsque pendant la nuit le vent souffle un peu fort elle s'imagine que des hommes se rendent auprès de ces dernières ; leur fait des reproches le lendemain. Tout cela ne l'empêche pas de travailler très régulièrement à la lingerie.

2 Octobre 1915. Aucun changement important dans l'état mental. Caractère bizarre. Ne se sert que d'un certain bonnet de nuit ; si elle en coiffait un autre il pourrait lui arriver malheur. Etat physique satisfaisant.

20 Juillet 1919. Incohérente. Nombreuses hallucinations de l'ouïe.

Août 1920. La malade est sensiblement dans le même état qu'au moment de son admission. Est très lucide, a une mémoire excellente, travaille régulièrement comme repasseuse à la lingerie. A un caractère très irritable.

Juin 1922. La malade qui est toujours encore une des meilleures travailleuses de la lingerie, est parfaitement lucide, bien orientée dans le temps et le lieu. Elle se prête avec une satisfaction visible à l'interrogatoire qu'on lui fait subir. Semble enchantée que l'on s'intéresse à son cas. Raconte son histoire en se perdant un peu dans des détails qui sont toujours d'une précision extrême. S'impatiente lorsqu'on essaye de l'interrompre.

N'a jamais eu besoin de médecins ni de pharmaciens. A l'âge de 15 ans a été atteinte de crises nerveuses qui ont disparu à 19 ans au moment de l'apparition des époques. Avait une ou deux crises par mois avec secousses nerveuses. Ne perdait pas connaissance et continuait à tenir les objets qu'elle avait dans les mains.

Les parents sont morts en 1889, le père le premier avril, la mère le 7 du même mois.

A vécu 6 ans avec ses frères, dont elle sait encore tous les noms. S'est brouillée avec ses derniers à propos de questions de mariage. A failli étrangler l'un d'eux parce qu'il voulait épouser sa belle-sœur.

A travaillé à l'hôpital civil de G.... pendant un an. Quitta cet établissement parce qu'on voulait lui donner de vieux souliers en échange de la paire qu'elle avait usée en travaillant.

Chez Mr. S.... pendant 3 ans et 7 mois. Ne s'entendait pas avec sa maîtresse qui la traitait de « vieille araignée ».

Le fils de cette dame s'étant marié elle s'en alla chez lui comme domestique et y resta depuis la Toussaint jusqu'en février. Le valet de chambre lui fit des avances qu'elle repoussa. La patrone prit le parti du valet de chambre. Alors elle lui dit de prendre elle-même le valet de chambre comme mari et la quitta.

Chez le dentiste V.... pendant deux mois. Pendant le premier mois elle devait recevoir 20 Marks, pendant le deuxième mois 30 Marks. Au bout d'un mois on lui dit qu'elle était assez bien payée avec 20 Marks, que si elle restait plus longtemps elle ne recevrait plus rien et que si elle était malade on l'adresserait au tuteur des orphelins. On l'accusa ensuite de profiter des courses qu'elle avait à faire en ville pour chercher une autre place. On l'accusa aussi d'avoir brûlé une chemise. Elle lança alors un chiffon à la tête de sa maîtresse et, si elle avait eu un couteau, elle l'aurait blessée. Quand elle fit ses paquets, elle s'aperçut qu'on lui avait écrasé son chapeau. Elle s'en alla sans même exiger son salaire.

Chez Mr. K.... Fait le ménage de ce monsieur pendant 6 mois. Quitta la place parce qu'elle ne recevait que 20 Marks par mois.

Chez les Gr.... elle reçoit 30 Marks par mois. Le premier soir la femme de chambre Kati lui raconta son histoire : Elle était la maîtresse du mari. Lorsque celui-ci mourut elle prit la somme de 20 000 Marks dans le gilet du mort. Elle donna 10 000 Marks à T.... le maçon, 10 000 Marks à A.... Depuis ce décès, c'est elle qui dirige tout dans la maison. La malade dit alors à cette personne « Vous n'emporterez pas cela en paradis ». Kati se fâcha et l'accusa de toutes sortes de méfaits. On voulut l'empêcher de s'en aller. Mais elle partit tout de même sans avoir reçu son salaire. Elle avait à cette époque 46 ans. Elle alla se plaindre auprès du maire de ce qu'elle n'avait pas reçu son salaire. Celui-ci lui tira la langue et lui dit que ceci arrivait à des gens très bien.

Chez madame St.... pendant quinze jours. Kati avait répandu de mauvais bruits sur elle. Elle riposta en disant que

Kati courait après un monsieur B. Fut obligée de quitter la place.

Fut occupée à C.... à l'établissement hydrothérapique.

Puis chez le notaire St.... à F.... Etait obligée de faire la cuisine, mais on ne lui donnait pas assez à manger.

Séjour à G.... chez sa sœur.

Puis de nouveau à C.... Là les gens parlaient de son roman, car c'est un vrai roman, ce n'est pas de l'enfantillage. Dormait bien, n'entendait pas de voix. Une femme à lunettes bleues essaya de l'exciter.

En automne elle fut engagée par le Docteur H.... de M.... Celui-ci ne tarda pas à être au courant de son histoire et en informa sa mère qui vivait auprès de lui. Elle fut obligée de quitter la maison. Encore maintenant elle admire ces maîtres d'avoir osé garder aussi longtemps à leur service une femme sur laquelle couraient tant de mauvais bruits.

Elle en était honteuse, mais supportait sa honte en silence. « Qu'est ce qu'on veut faire lorsqu'un maire vous tire la langue ». Après un court séjour à A.... chez une dame avare qui la soupçonna d'avoir volé deux œufs, elle entra en service à l'hôtel de W.... situé dans la montagne. La malade assure que ce qu'elle va raconter est cent fois et mille fois vrai. L'hôtelier était un assassin des plus dangereux. Pendant qu'elle y était il tua :

1) la cuisinière. Il donna à manger à sa clientèle de la chair humaine, sous prétexte que la viande était trop chère.

2) le maraîcher. La femme ayant voulu se plaindre et ayant demandé du pain, jusqu'à ce que son mari soit retrouvé, elle fut assassinée également avec ses deux enfants. Le boucher était de connivence avec l'hôtelier.

3) Le père de la caissière de la buvette. Ce dernier avait une ceinture de pièces d'or.

4) Une amie de cette même caissière, une blonde qui ressemblait à la sœur de l'aumônier de l'asile ; c'est comme si elle la voyait encore devant elle. Elle vit comme on l'emmenait dans une chambre. Elle vit un instant après l'hôtelier en sortir, la portant sur ses épaules. Elle avait un baillon dans la bouche. Peu de temps après, elle l'entendit crier. Il lui avait probablement déjà donné un coup.

Son tour à elle était arrivé. Elle le remarqua à toutes sortes d'indices. On laissait éteindre le feu à la cuisine à la tombée de la nuit, et il fallait qu'elle aille le rallumer. Une fois on lui lança un couteau, mais on la manqua. Un jour le cuisinier lui dit : « Huit en tout, en 6 semaines ».

Sentant ses jours menacés, elle prit la fuite à travers la forêt. Deux petits garçons lui montrèrent le chemin pour se rendre à la prochaine gare. Elle leur donna à chacun 1 Mark et 5 Pfennigs. Elle se rendit à M.... où on lui renvoya sa malle brisée.

Après avoir passé par 4 places différentes, elle fit un séjour à l'hôpital de M...., puis alla passer 6 mois à G....

Elle reprit ensuite une place à M.... chez Mme. K.... A la Trinité elle aperçut en rentrant de l'église l'hôtelier W.... en bicyclette, suivi de 20—30 cyclistes formant son parti. Le premier cycliste portait un fanion blanc. Elle entendit W.... crier : « La voilà, mais elle ne se laissera pas prendre, on ne l'aura pas.» Elle a entendu très distinctement un autre partisan dire : « Quand elle dormira, nous l'aurons ». Elle se cacha dans un corridor et les laissa passer.

Les ennemis la cherchèrent jusqu'en juillet. Vers cette époque ils finirent par la trouver.

Ils se retrouvaient aux moyens d'un fil conducteur, parlaient entre eux, allumaient des lumières. Ils entrèrent par une fenêtre dans sa chambre et plantèrent un poignard dans la porte. On pouvait mettre le petit doigt dans l'entaille pratiquée ainsi. A voulu rendre compte de toutes ces choses à sa maîtresse, mais a eu honte d'évoquer l'affaire Kati. — A entendu une fois Kati demander la communication pour W.... N'en a pas entendu plus long. Le 25 juillet, un mardi, elle dénonça ses ennemis au tribual de M.... Le samedi suivant, elle lut dans les journaux que W.... avait été arrêté à Wa.... d'après les indications données par elle. A la suite de cette arrestation 316 de ses persécuteurs furent jetés en prison. (Ils ont été relachés au moment de la mobilisation en 1914).

Quant à elle, elle ne voulut pas rester plus longtemps à M...., quitta sa place et se rendit à G..... Quatre hommes de forte carrure la suivirent pendant tout le trajet.

Arrivée à G.... elle se rendit chez le maire, qui était absent. Elle demanda à rentrer à l'hôpital. Un jour en suivant le mur d'une propriété elle entendit quelqu'un tomber derrière elle, puis elle entendit dire ces mots : « Tu n'aurais donc pas pu attendre » Elle se sauva en faisant un détour. A l'hôpital elle fut plus tranquille, cependant ses persécuteurs voulurent un jour briser la porte d'entrée. L'économe la congédia sans raisons plausibles.

Elle trouva un emploi dans un hôtel. Là les persécutions reprirent de plus belle. On manœuvrait la serrure de sa chambre, on cherchait à entrer par la lucarne. Elle entendit dire un jour que l'on pourrait s'arranger à tomber sur son lit. L'hôtelier fut obligé de faire réparer le toit. Il la congédia.

Elle se rendit dans un autre hôtel où elle ne tarda pas à être relancée. Un certain A.... aidé de l'hôtelier et d'une servante cherchèrent pendant toute la nuit à pénétrer chez elle. Elle aurait plutôt sauté par la fenêtre que de se laisser prendre.

Elle entendit quelqu'un dire sur un ton ironique : « Jésus Marie, quel bonheur qu'on ne l'ait pas attrapée ! » Elle arriva à prendre la fuite et se réfugia à la mairie, où le gardien eut l'air d'être au courant de son histoire. On appela un docteur qui l'envoya à l'hôpital d'où elle fut transférée à l'asile de Rouffach. Elle s'y trouve depuis 14 ans et y est toujours encore en but aux poursuites de ses persécuteurs. Au pavillon No. 12 on a été obligé de réparer la porte ébranlée par les efforts de ses ennemis. Elle les a entendus dire dernièrement. « C'est par là que nous l'aurons ». Ne les a pas vus. Ne sait pas si ce sont des gens de l'asile. L'hiver dernier elle a senti qu'on lui enfonçait dans le corps des épingles et des aiguilles.

Toutes ses persécutions proviennent de la Kati.

La malade n'exprime aucune idée de grandeur.

4 Octobre 1922. L'état de la malade n'a pas subi la moindre modification. Elle confirme point par point les détails les plus infimes de son délire.

Elle est toujours encore persécutée, mais on ne l'empêchera pas d'exécuter sa tâche de tous les jours. Elle ne tient nullement à sortir de l'asile. Elle s'y trouve bien. Elle n'a d'ailleurs plus aucune relation avec sa famille. Ne sait pas ce que sont devenus ses frères et sœurs. Semble s'intéresser très peu à leur sort.

Interrogée au sujet des hallucinations de l'ouïe, dit qu'elle n'a jamais entendu de voix. Actuellement elle n'en entend jamais non plus, dort très bien. Avoue cependant avoir autrefois entendu dans maintes occasions parler ses persécuteurs à voix basse. Elle ne les voit jamais. Par contre elle sent les piqûres d'épingles et les coups qu'on lui donne. A aperçu dernièrement en se réveillant des épingles à côté de son lit. Elle a recommandé à la sœur de les envoyer à la lingerie ; il est inutile de les laisser à la portée de ses persécuteurs.

Fait preuve dans la conversation d'une mémoire, d'une répartie et d'une présence d'esprit extraordinaires. Etat physique très satisfaisant.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION IV.

Malade de 66 ans. — Mère aurait présenté des troubles mentaux intermittents.

Semble avoir été une enfant difficile. Vers l'âge de 16 ans, crises nerveuses sur la nature desquelles les renseignements sont contradictoires, et qui disparaissent définitivement au moment de l'apparition des règles. Vit avec ses parents jusqu'en 1889, puis se place comme servante. Très instable. Ne reste jamais plus de quelques mois dans la même maison. A l'âge de 46 ans c. à. d. en 1898 a une altercation avec la femme de chambre de la maison où elle est en service. Elle change de place. C'est à cette époque que les persécutions commencent. C'est la femme de chambre Kati qui les provoque. Se plaint au maire de G....., qui lui tire la langue. Est obligée de changer à chaque instant de place, parce qu'on répand de mauvais bruits sur elle. Partout on la poursuit. A W..... l'hôtelier assassine les gens pour avoir de la viande fraîche à donner à ses clients. Elle échappe avec peine au trépas. Se rend à M....., où l'hôtelier et son parti la suivent bientôt. Ils sont de connivence avec Kati et lui font toutes sortes de misères. Les entend parler à voix basse aux abords de sa chambre. Le 25 juillet, elle dénonce ses ennemis au tribual de M..... On en arrête 316. Se rend à G..... où 4 hommes la suivent. On continue à la poursuivre avec acharnement. Les socialistes sont également de connivence avec Kati.

En 1906 à l'hôpital de G..... Y reste pendant 3 ans. Y fait des interprétations délirantes. Exprime des idées mystiques et se croit persécutée. Internée à l'asile en 1909. Raconte son histoire. Malgré son délire, peut être utilisée comme travailleuse. Aucune modification de l'état mental pendant 13 ans. Actuellement le délire est toujours actif, mais d'une fixité extraordinaire. La malade n'est nullement affaiblie intellectuellement et elle est une des meilleures travailleuses de l'asile. Au cours de toute sa maladie les hallucinations de l'ouïe semblent peu nettes. En tout cas

elles cèdent le pas aux interprétations et aux paramnésies. L'état physique a toujours été bon et il est encore actuellement très satisfaisant.

DIAGNOSTIC.

Conception allemande : La malade présente un délire bien organisé. Ce délire est chronique puisqu'il y a déjà 13 ans qu'il a nécessité l'internement. La malade est d'une lucidité remarquable. Il s'agit donc d'un délire systématisé.

La malade aurait eu des crises épileptiformes avant l'apparition de ses règles vers l'âge de 16 ans. Les renseignements de la famille à ce sujet sont peu précis. Les crises auraient été accompagnées de perte de connaissance, mais non de morsures de la langue et de mictions involontaires. D'après la malade les crises auraient été conscientes.

Ce qui est certain c'est que depuis l'âge de 17 ans elle n'a plus de crises. Devant ces faits nous ne croyons pas devoir penser à une épilepsie essentielle. Les renseignements donnés par la famille, l'examen physique de la malade, la persistance de la systématisation d'un délire déjà ancien nous permet d'éliminer les délires systématisés exogènes.

Il s'agit donc d'un délire systématisé endogène. S'agit-il d'un état constitutionnel ou d'une maladie accidentelle ? La mère de la malade aurait souffert de troubles mentaux. La malade elle-même aurait été une enfant difficile, faisant l'école buissonnière. Les crises qu'elle aurait eues à 16 ans paraissent un peu suspectes. Peut-être étaient-elles hystériformes. Nous n'avons malheureusement pas de renseignements précis sur l'état mental de Mlle. T..... avant 1889, mais nous savons que depuis 1889 elle a mené une vie instable, ne restant jamais plus de quelques mois dans les mêmes places. Nous savons par elle-même que ses allées et venues étaient motivées déjà à cette époque par des idées de persécution et des interprétations erronées. Le début de la maladie, si maladie il y a, est vraiment difficile à préciser. Nous ferons aussi remarquer que la malade n'a été internée qu'en 1909. Elle a donc pu vivre en liberté pendant 20 ans malgré ses idées de persécution. Ceci n'est guère en faveur d'un délire accidentel.

Nous n'oserions cependant nous arrêter au diagnostic de paranoïa, sans avoir éliminé au préalable les différentes formes de la paraphrénie et la démence précoce.

D'après les notes des médecins allemands la malade a toujours eu une très haute idée d'elle-même. Ce sentiment de supériorité lui a toujours fait adopter une attitude provocante à l'égard de ses soit-disant persécuteurs. Elle ne s'est jamais laissé marcher sur les pieds. Elle n'a pas présenté le désespoir qui est si fréquent chez le paraphrénique systématique.

De plus son délire a toujours été et est encore d'une fixité impressionnante. Il est tellement immuable que les deux interrogatoires auxquels la malade a été soumise à treize années d'intervalle ont donné des résultats presque complètement identiques. Les détails les plus infimes donnés en 1909 sont reproduits fidèlement en 1922. A aucun moment des idées de grandeur ne sont apparues pour modifier la couleur du délire.

Pour ces deux raisons, attitude hautaine de la malade, fixité du délire, nous sommes tentés d'éliminer le diagnostic de paraphrénie systématique.

Et les hallucinations de l'ouïe ! Leur existence est mentionnée à plusieurs reprises dans l'observation, et ce détail doit nous préoccuper, car Kraepelin est d'accord avec Sérieux pour admettre l'absence des hallucinations de l'ouïe dans la paranoïa.

Nous ferons remarquer que dans l'observation les allusions aux troubles psychosensoriels de l'ouïe sont très rares et très imprécises. Une seule fois, le 20 juillet 1919, on signale de nombreuses hallucinations de l'ouïe. Comme dans la même note la malade est qualifiée «d'incohérente» nous ne pouvons pas ne pas élever un doute sur le bien fondé des remarques faites par l'observateur d'alors. En tout cas elle ne suffit pas à nous convaincre de l'apparition réelle d'hallucinations de l'ouïe. Dans la suite la malade a, il est vrai, reconnu à plusieurs reprises avoir entendu parler ses ennemis à voix basse. Il est très possible que dans certains moments plus particulièrement dramatiques pour elle, son imagination surexcitée lui ait fait percevoir des bruits anormaux. Il n'en est pas moins vrai que chaque fois qu'on pose à cette malade nullement réticente la question : « Entendez-vous des voix » elle répond par la négative.

Nous ne croyons pas que la constatation d'hallucinations aussi imprécises et aussi fugaces puisse servir à étayer le diagnostic de paraphrénie au détriment de celui de paranoïa.

Une objection grave se présente encore à notre esprit. Le cas de Mlle. T..... ne pourrait-il pas être considéré comme une paraphrénie fabulatrice ? Dans cette maladie on observe une production abondante de paramnésies, dont la systématisation conduit à l'élaboration d'un délire rétrospectif. Cette période d'élaboration est en général limitée à un temps relativement court. Le délire rétrospectif, une fois constitué, se maintient souvent pendant de longues années, au cours desquelles la lucidité du sujet reste intacte.

Nous avons cité comme un argument en faveur d'un délire constitutionnel le fait que le début des troubles est impossible à préciser. Se pourrait-il qu'au contraire la psychose se soit installée à une époque bien déterminée et que le récit des tribulations de la malade avant cette date ne soit que l'expression d'un délire rétrospectif ? La malade a-t-elle fait des interprétations délirantes au moment même où les événements relatés par elle se déroulaient, ou a-t-elle fait des interprétations paramnésiques ? Nous n'avons pu nous mettre en relation avec des témoins de cette époque déjà reculée. Il nous semble néanmoins possible de trancher la question. Nous avons vu plus haut que les récits des paraphréniques fabulateurs sont émaillés de contradictions étranges. Ainsi par exemple, les malades n'expliquent pas pourquoi ils ont continué à fréquenter pendant de longues années des gens, qu'ils considéraient comme des assassins.

Chez notre malade nous n'avons rencontré rien de pareil. Quand elle s'apercevait qu'on la poursuivait elle changeait de place. Quand à Wa..... elle comprit qu'on cherchait à la tuer, elle prit la fuite à travers la forêt etc.....

Au moment de son admission à l'asile, les membres de sa famille ont déclaré que depuis l'année 1889 la malade était très instable. Nous croyons pouvoir en conclure que, longtemps avant son internement Mlle. T..... était déjà dominée par un délire avec interprétations actuelles et non rétrospectives, et nous considérons ses nombreux déplacements comme les réactions correspondantes à ce délire.

Nous ne prétendons naturellement pas, que tout dans le récit de la malade doive être rapporté à des interprétations faites réellement à l'époque correspondante. Ses récits sont certainement un mélange de souvenirs d'interprétations et

de paramnésies. Nous estimons simplement que dans le cas présent les confabulations cèdent le pas aux interprétations. C'est sur cette considération que nous nous appuyons pour éliminer la paraphrénie fabulatrice.

La paraphrénie expansive et la paraphrénie fantasque ne peuvent être envisagées, si l'on admet la nature constitutionnelle des troubles dont est atteint mademoiselle T.....

A défaut de ce criterium la paraphrénie expansive pourrait être écartée à cause de l'absence des idées ambitieuses et de l'euphorie.

D'autre part les conceptions délirantes ne sont pas assez extravagantes et incohérentes, et la malade malgré son grand âge est trop peu affaiblie intellectuellement pour que le diagnostic de paraphrénie fantasque puisse se justifier.

Pourrait-il s'agir d'un état terminal de la démence précoce ? Nous avons vu que, d'après Kraepelin, certains de ces états terminaux se distinguent par la conservation relativement bonne de la coordination intrapsychique. La malade aurait-elle fait à un moment donné une poussée schizophrénique aiguë qui se serait terminée par une guérison avec séquelle chronique consistant dans un délire de persécution complètement figé ? Il va sans dire, que si l'origine constitutionnelle de la psychose était prouvée, l'examen de cette hypothèse ne serait nullement nécessaire. Cette origine n'étant pas démontrée, nous sommes bien obligés de rechercher les symptômes, qui pourraient faire croire à l'existence d'une chizophrénie. A aucun moment la malade n'a présenté de troubles psychomoteurs. Quoiqu'elle s'intéresse très peu aux membres de sa famille, on ne peut pas dire qu'elle présente une altération bien accentuée des sentiments affectifs. Par contre nous trouvons chez elle cette tendance à s'isoler du monde extérieur et à se replier sur-elle même, tendance signalée par Kraepelin comme un symptôme de démence précoce, et dont Bleuler a même fait, sous le nom d'autisme, un des signes primordiaux de la schizophrénie. Nous sommes persuadés que ce dernier auteur considèrerait Mlle. T..... comme une démente précoce typique et nous ne serions nullement étonné de voir Kraepelin lui donner raison. Il s'agirait d'une malade, ayant fait à une certaine époque de sa vie une poussée schizophrénique, qui aurait abouti à un de ces états terminaux relativement bénins que Kraepelin appelle « Affaiblissement psychique paranoïde » (Paranoider Schwachsinn).

Conception française : En France le diagnostic de délire d'interprétation s'imposerait, étant donné la multiplicité des interprétations délirantes servant à l'élaboration d'un délire systématisé, l'absence ou la rareté des hallucinations, la conservation de la lucidité et de l'activité psychique, la chronicité du délire et l'absence de démence terminale.

CONCLUSIONS.

L'Ecole de Munich et l'une des principales Ecoles françaises contemporaines ont toutes deux, en ce qui concerne les délires systématisés chroniques, une conception dualiste. Elles admettent toutes deux l'existence de délires constitutionnels et de délires accidentels, groupes nosologiques irréductibles entre lesquels il ne saurait exister aucune forme intermédiaire. Il en résulte un certain parallélisme des classifications, parallélisme illustré par le tableau comparatif que nous avons donné plus haut. Mais ce parallelisme n'existe qu'en théorie. Dans la pratique il est détruit par suite du désaccord qui règne au sujet de la conception de la démence précoce.

L'analyse des différents points sur lesquels porte ce désaccord ferait l'objet d'un long travail. Il nous suffira de faire remarquer que, pour les auteurs français, la démence précoce est avant tout une maladie démentielle, c. à. d. une maladie qui aboutit tôt ou tard à un affaiblissement plus ou moins accentué mais définitif des différentes facultés.

Pour Kraepelin et surtout pour Bleuler la démence précoce n'est pas avant tout une démence. C'est une maladie ou un groupe de maladies caractérisées par des symptômes qu'on ne rencontre en général pas dans les autres psychoses, les symptômes de la dissociation. Lorsque le processus morbide continue à évoluer, il finit par aboutir à un état démentiel à caractère spécial ; mais il n'est pas forcément progressif. Il peut s'arrêter, et les symptômes de dissociation peuvent subir une régression plus ou moins complète. Le terme de démence précoce ne saurait convenir à une pareille conception de la maladie. Aussi Bleuler l'a-t-il remplacé par celui de schizophrénie. On ne s'étonnera pas que le cadre de la schizophrénie soit beaucoup plus vaste que celui de la démence précoce française, et que de nombreux délires systématisés chroniques hallucinatoires et non hallucinatoires puissent y trouver une place.

L'introduction dans la psychiatrie allemande de la notion de paraphrénie peut-elle faire espérer un rapprochement des deux points de vue ? Nous ne le croyons pas. Kraepelin lui-même considère les paraphrénies comme très voisines de la démence précoce. Ses disciples ne paraissent pas du tout envisager leur avènement comme une réaction contre l'englobement des délires systématisés chroniques accidentels dans la démence précoce. Le professeur Bleuler semble également peu favorable à l'émancipation des paraphrénies. Il suffit d'ailleurs d'étudier dans son traité la définition et la symptomatologie de la schizophrénie pour comprendre les raisons de son attitude réservée.

L'analyse d'un certain nombre de travaux récemment parus dans notre pays indique par contre que les auteurs français maintiennent plus que jamais l'autonomie des délires systématisés chroniques. Il y a des monistes et des dualistes. Il y a des partisans d'une psychose systématisée progressive comprenant tous les délires systématisés, hallucinatoires ou non hallucinatoires ; il y a des partisans d'une séparation nette entre les délires non hallucinatoires constitutionnels et les délires hallucinatoires accidentels. Il y a très peu de partisans de l'englobement des délires systématisés chroniques accidentels dans la démence précoce.

Les conséquences du désaccord entre les deux Ecoles apparaissent au cours des discussions de nos quatre observations. Sur trois cas de délire systématisé chronique hallucinatoire, un seul peut être considéré comme une paraphrénie ; les autres sont des états terminaux de la démence précoce. Il est en outre plus que probable que le cas de délire systématisé chronique non hallucinatoire de l'observation IV serait, lui aussi, considéré comme une forme paranoïde de la schizophrénie. Et comment séparer nettement la paraphrénie de l'observation I, des trois autres cas ? Nous avons essayé de le faire en nous servant des éléments de diagnostic indiqués par Kraepelin, mais la délimitation nous parait bien artificielle. Comment ne pas trouver une dissociation dans le fait, qu'une personne reste capable de garder le sourire aux lèvres, tout en se plaignant des sévices les plus cruels ; de danser pendant toute une soirée en paraissant oublier les horribles tourments qui lui sont réservés ? N'y a-t-il pas quelque chose d'incohérent dans cette insouciance ?

Nous avons rencontré des difficultés analogues à l'examen de la plupart des cas de délire systématisés chroniques hallucinatoires actuellement présents à l'asile de Rouffach. Si l'on admet la notion de la dissociation proposée par Kraepelin et développée par Bleuler, il devient bien difficile de retrancher les délires systématisés chroniques de la démence précoce.

Seuls les cas de délire d'interprétation correspondant à la paranoïa kraepelinienne s'en distinguent radicalement par leur nature constitutionnelle. Mais ces cas sont excessivement rares. Nous n'avons encore jamais eu l'occasion d'en observer. La paranoïa kraepelinienne est de ce fait beaucoup moins vulnérable que le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, toujours exposé aux attaques des partisans de la conception moniste.

Voici résumées en peu de mots les conclusions de ce travail :

1) Le parallélisme des conceptions de l'Ecole kraepelinienne et de l'une des principales Ecoles Françaises au sujet des délires systématisés chroniques n'est qu'apparent. Des faits cliniques identiques et également bien observés dans les deux pays, sont interprétés différemment par suite des diverges qui subsistent sur la nature de la démence précoce.

2) L'introduction dans la psychiatrie allemande des paraphrénies ne semble pas devoir contribuer, comme on aurait pu s'y attendre, au rapprochement des deux points de vue.

3) Si l'on admet la conception française de la démence précoce il devient bien difficile d'englober les délires systématisés chroniques dans le cadre de cette maladie.

4) Si l'on admet la conception kraepelinienne et bleulérienne de la dissociation, la question de la délimitation entre la démence précoce et les délires systématisés chroniques accidentels ne se pose pas. En effet, les symptômes de discordance que présente la plupart de ces délires sont considérés par Kraepelin et Bleuler comme des manifestations de la dissociation.

5) La paranoïa est la seule variété de délire systématisé chronique qui pour l'Ecole de Munich soit vraiment autonome. Mais elle est très rare, du moins dans les asiles. Le diagnostic de paranoïa n'est réservé qu'au délire d'interprétation tout à fait pur, décrit par Sérieux et Capgras.

Les formes intermédiaires sont en général considérées comme des états paranoïdes de la démence précoce. Il en résulte que la paranoïa kraepelinienne est beaucoup moins exposée aux objections des antidualistes que le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.

BIBLIOGRAPHIE.[1])

1. ARNAUD. Psychoses constitutionnelles. — In Traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet. Paris, 1903, p. 483.
2. ARNAUD. L'Anarchie psychiatrique. — Encéphale, 1913. II. p. 106.
3. G. BALLET. La psychose hallucinatoire chronique. — Encéphale 1911. II. p. 401.
4. G. BALLET. La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. — Encéphale, 1913. I. p. 501.
5. BLEULER. Dementia praecox. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. 1911.
6. BLEULER. Lehrbuch der Psychiatrie. — 3e édition 1920.
7. DENY. Démence précoce. — In Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1921). — Psychiatrie T. II p. 182.
8. DIDE ET GUIRAUD. Psychiatrie du médecin praticien. 1922
9. G. DUMAS. Psychologie de la psychose hallucinatoire systématique. — Journal de Psychologie, 15 Décembre 1922.
10. EISATH. Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenie. — Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. — 1915.
11. GELMA. Contribution à l'étude de la paraphrénie confabulante et fantastique. — Strasbourg 1922.
12. HANNARD. Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Contribution clinique à l'étude des délires systématisés chroniques. Thèse de Lille. 1911.
13. JURASCHECK. L'interprétation délirante périodique isolée (sans hallucinations) dans deux cas de démence précoce. — Thèse de Strasbourg 1923.
14. HALBERSTADT. Contribution à l'étude des paraphrénies. — Archives de Neurologie. Décembre 1913. Vol. III. 11e Série.

[1]) Nous ne mentionnons dans cette bibliographie, que les ouvrages qu'il nous a été permis de lire.

15. KRAEPELIN. Psychiatrie, 7e édition, 2 volumes 1903—1904.

16. KRAEPELIN. Psychiatrie, 8e édition, 4 volumes, 1909—1915.

17. KRAMBACH. Ueber chronische paranoide Erkrankungen (Paraphrénie und Paranoia). — Archiv für Psychiatrie 55, p. 911, 1915.

18. KRUEGER. Zur Frage nach der nosologischen Stellung der «Paraphrenien». Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 28 p. 456, 1915.

19. MAGNAN. Leçons cliniques sur le Délire chronique à évolution systématique. — In Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'Asile Clinique (Sainte Anne).

20. MAGNAN ET SERIEUX. Délire chronique.

21. MASSELON. Les délires hallucinatoires chroniques. Encéphale 1912 I. p. 133.

22. MAYER. W.... Ueber paraphrene Psychose. Zeitschrift fûr die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1921

23. MORAVCSIK. E...., Ueber paranoische Geistesstörungen. Allgemeine Zeitschrift fûr die Psychiatrie 72, p. 279, 1916.

24. PASCAL. La démence précoce 1911.

25. PFERSDORFF. Ueber Paraphrenien. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1904.

26. PFERSDORFF. Contribution à l'étude des délires chroniques. Strasbourg 1922.

27. REGIS. Précis de Psychiatrie 6e édition, 1923.

28. ROGUES DE FURSAC. Manuel de Psychiatrie. 6e édition, 1923.

29. SERIEUX ET CAPGRAS. Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation. 1909.

30. SERIEUX ET CAPGRAS. Délires systématisés chroniques. In Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1921). Psychiatrie T. I. p. 235.

TABLE DES MATIERES.

Avant-propos 7

Etude théorique. Chapitre I. — Définition des psychoses kraepeliniennes correspondant aux délires systématisés chroniques français 9

Chapitre II. — Comparaison des conceptions françaises et kraepelinienne concernant les délires systématisés chroniques 21

Etude clinique. Préliminaires 31

Observation I 35

Observation II 47

Observation III 58

Observation IV 71

Conclusions 86

Bibliographie 90